

Adult Health History Record

(TROOP LEADERS KEEP THIS FORM, DO NOT TURN INTO COUNCIL)

General Information:

Name:	Date of Birth:	Troop #:
Region:		
Address/City/State/Zip:		
Parent/Guardian (if minor):	Telephone:	Alternate Telephone:

Emergency Contact Information:

Name:	Telephone:	Alternate Telephone:
Address/City/State/Zip:		
Relationship:	Family Physician:	Telephone:
Hospital to use:		Medical Insurance Carrier:

Illness and injuries: (Check those that apply and give appropriate dates)

Chronic or recurring illnesses:

Ear Infection
 Bleeding/clotting disorders
 Hypertension
 Asthma
 Tetanus_____

Heart defect/disease
 Musculoskeletal disorders
 Seizures
 Diabetes
 Other (specify)_____

Date of last health examination: _____

Were any complicating problems noted in last health examination? Yes No
 Is participant currently under the care of a physician or psychologist? Yes No

Since last health exam, has participant had: Please explain any "Yes" answers. Include dates:

An illness lasting more than five days? Yes No
 A surgical operation or fracture? Yes No
 Any restrictions concerning physical activities? Yes No
 A serious injury requiring medical attention? Yes No
 Any prescribed or over-the-counter medication? Yes No
 Treatment in a hospital or emergency room? Yes No
 Any exposure to a contagious disease? Yes No

Allergies (Check those that apply and specify nature of allergic reaction)

Animals
 Hay Fever
 Pollen
 Food
 Medicines/Drugs
 Insect sting

Plants
 Other (specify)_____

Year 1 _____ Signature	Date: _____
Year 2 _____ Signature	Date: _____
Year 3 _____ Signature	Date: _____

Historia Médica para Adultos

(Los líderes de la tropa, mantenga este formulario, no se convierten en Consejo)

Información general:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Núm. de tropa
Región:		
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:		
Padre/Tutor (si es menor de edad):	Teléfono:	Teléfono alterno:

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre:	Teléfono:	Teléfono alterno:
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:		
Parentesco:	Médico familiar:	Teléfono:
Hospital:	Seguro médico:	

Enfermedades y lesiones: (Seleccione todas las correspondientes y anote las fechas apropiadas)

Enfermedades crónicas o recurrentes:

Infección del oído
 Trastornos de hemorragia /coagulación
 Hipertensión
 Asma
 Tétano _____

Enfermedades/defectos cardiacos
 Trastornos musculoesqueléticos
 Ataques
 Diabetes
 Otra (especifique) _____

Fecha del último examen médico: _____

¿Se registraron algunas complicaciones en el último examen médico? Sí No
 ¿Está el participante actualmente bajo el cuidado de un médico o psicólogo? Sí No

Desde el último examen médico, ¿el participante ha: Explique cualquier respuesta "Sí". Incluya las fechas:

tenido una enfermedad que dure más de 5 días? Sí No
 tenido una operación quirúrgica o fractura? Sí No
 tenido alguna restricción de actividad física? Sí No
 sufrido de una lesión seria que requiera atención médica? Sí No
 tomado medicamentos con o sin receta? Sí No
 recibido tratamiento en un hospital o sala de urgencia? Sí No
 estado expuesto a una enfermedad contagiosa? Sí No

Alergias (Seleccione todas las correspondientes y especifique el tipo de reacción alérgica)

Animales de insectos
 Fiebre del heno
 Polen
 Alimentos
 Medicinas/Drogas
 Picaduras

Plantas
 Otra (especifique) _____

Año 1 _____ Firma	Fecha: _____
Año 2 _____ Firma	Fecha: _____
Año 3 _____ Firma	Fecha: _____