

Requirements for BSA Annual Health and Medical Records for Use at Resident Camps

The BSA Annual Health and Medical Record is required for all participants, youth and adult, at Council Resident Camps. For youth participants, under 18 years of age, the State of Connecticut also requires the attached Connecticut Yankee Council Addendum for administration of over the counter medications.

A fillable PDF version of the BSA Health form is available online at:

<http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/whole.pdf>

Parts A, B and C, each of which is two pages, are required for all participants at resident camp.

The Connecticut Yankee Council Addendum follows this cover page.

Experience has indicated that there are several essential areas that are often overlooked on the Annual Health and Medical Record forms, omissions that may render the form inadequate for camp. Below please find a checklist of three items which, if improperly completed, could make the form useless:

- Part A, page 2, Medications - One block is to be filled out for each prescribed medication with the signature of **BOTH** the doctor and the parent at the bottom of the page. The State of Connecticut requires both signatures for administration of medications.
- Part C, page 2, Examiner's Certification - Doctor's signature and other provider information must be complete.
- Date of the physical - Under the doctor's information, the physical form **MUST** be dated. If there is no date, there is no way to verify that the physical was conducted within 12 calendar months of the end date of the person's camp attendance.

Omission of any of these items nullifies the health form.

Note: Please make sure that the person's name is on every page of the health and medical record. This is especially important if you are faxing the form as pages do not always remain in proper order. A page without a name is not valid.

Annual Health and Medical Record Registro Médico y de Salud Anual

(Valid for 12 calendar months)
(Válido por 12 meses calendario)

Policy on Use of the Annual Health and Medical Record

In order to provide better care for its members and to assist them in better understanding their own physical capabilities, the Boy Scouts of America recommends that everyone who participates in a Scouting event have an annual medical evaluation by a certified and licensed health-care provider—a physician (MD or DO), nurse practitioner, or physician assistant. Providing your medical information on this four-part form will help ensure you meet the minimum standards for participation in various activities. Note that unit leaders must always protect the privacy of unit participants by protecting their medical information.

Parts A and B are to be completed at least annually by participants in all Scouting events. This health history, parental/guardian informed consent and release agreement, and talent release statement is to be completed by the participant and parents/guardians. Attach a copy of both sides of your insurance card.

Part C is the pre-participation physical exam that is required for participants in any event that exceeds 72 consecutive hours, for all high-adventure base participants, or when the nature of the activity is strenuous and demanding. Service projects or work weekends may fit this description. Part C is to be completed and signed by a certified and licensed health-care provider—physician (MD or DO), nurse practitioner, or physician assistant. It is important to note that the height/weight limits must be strictly adhered to when the event will take the unit more than 30 minutes away from an emergency vehicle, accessible roadway, or when the program requires it, such as backpacking trips, high-adventure activities, and conservation projects in remote areas. See the FAQs for when this does not apply.

Part D is required to be reviewed by all participants of a high-adventure program at one of the national high-adventure bases, as well as unit-based, high-adventure backcountry activities, and shared with the examining health-care provider before completing Part C.

- **Philmont Scout Ranch.** Participants and guests for Philmont activities that are conducted with limited access to the backcountry, including most Philmont Training Center conferences and family programs, will not require completion of Part C. However, participants should review Part D to understand potential risks inherent at 6,700 feet in elevation in a dry Southwest environment. Please review specific registration information for the activity or event.
- **Northern Tier National High Adventure Base.**
- **Florida National High Adventure Sea Base.** The PADI medical form is also required if scuba diving at this base.
- **Summit Bechtel Reserve.**

Política para el uso del Registro Médico y de Salud Anual

A fin de proporcionar una mejor atención para sus miembros y para ayudarles a entender mejor sus propias capacidades físicas, Boy Scouts of America recomienda que todos aquellos que participen en un evento Scouting se sometan a un examen médico anual realizado por un prestador de servicios de salud certificado y con licencia: un médico (Doctor en medicina o Doctor en osteopatía), enfermera profesional o asistente médico. Proporcionar su información médica en este formulario de cuatro partes, ayudará a asegurar que usted cumple con los estándares mínimos de participación en varias actividades. Tome en cuenta que los líderes de unidad siempre deben proteger la privacidad de los participantes al salvaguardar su información médica.

Las Partes A y B las deben completar, por lo menos una vez al año, los participantes de todos los eventos Scouting. Este historial médico, notificación de consentimiento y convenio de exoneración de responsabilidad por parte de los padres/tutores, y formulario de cesión de derechos lo deben completar los participantes y los padres/tutores. Anexar una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro.

La Parte C es el examen físico previo, que se requiere de los participantes de cualquier evento que exceda 72 horas consecutivas, para todos los participantes de las bases de aventura extrema, o cuando la naturaleza de la actividad es extenuante y exigente. Los proyectos de servicio o fines de semana de trabajo pueden caer en esta descripción. La Parte C la debe completar y firmar un prestador de servicios de salud certificado y con licencia: un médico (Doctor en medicina o Doctor en osteopatía), enfermera profesional o asistente médico. Es importante tomar en cuenta que los límites de estatura y peso deben ser estrictamente controlados cuando el evento llevará a la unidad a más de 30 minutos de un vehículo de emergencia, camino accesible, o cuando el programa lo requiera, tal como expediciones, actividades de aventura extrema y proyectos de conservación en áreas remotas. Consulte las Preguntas Frecuentes para cuando estos lineamientos no aplican.

La Parte D se requiere que la revisen todos los participantes del programa de aventura extrema en una de las bases nacionales de aventura extrema, así como actividades de aventura extrema en zonas aisladas basadas en la unidad, y que la compartan con el prestador de servicios de salud antes de completar la Parte C.

- **Rancho Scout Philmont.** Los participantes e invitados en las actividades Philmont que se realicen con acceso limitado a las zonas campestres, incluyendo la mayoría de las conferencias y programas familiares en el Centro de Capacitación Philmont, no requerirán llenar la Parte C. Sin embargo, los participantes deberán repasar la Parte D para entender los riesgos potenciales inherentes a los 6,700 pies de elevación en un ambiente seco del Suroeste. Favor de revisar la información de registro específica para la actividad o evento.
- **Base nacional de aventura extrema Northern Tier.**
- **Base nacional marina de aventura extrema de la Florida.** También se requiere el formulario médico PADI si se va a bucear en esta base.
- **Summit Bechtel Reserve.**



Risk Factors

Based on the vast experience of the medical community, the BSA has identified the following risk factors that may limit your participation in various outdoor adventures.

- Excessive body weight
- Heart disease
- Hypertension (high blood pressure)
- Diabetes
- Seizures
- Lack of appropriate immunizations
- Asthma
- Allergies/anaphylaxis
- Muscular/skeletal injuries
- Psychiatric/psychological and emotional difficulties

For more information on medical risk factors, visit Scouting Safely on www.scouting.org.

Prescriptions

The taking of prescription medication is the responsibility of the individual taking the medication and/or that individual's parent or guardian. A leader, after obtaining all the necessary information, can agree to accept the responsibility of making sure a youth takes the necessary medication at the appropriate time, but the BSA does not mandate or necessarily encourage the leader to do so. Also, if state laws are more limiting, they must be followed.

Frequently Asked Questions (FAQs)

- Philmont Scout Ranch: www.philmontscoutranch.org or 575-376-2281
- Northern Tier National High Adventure Program: www.ntier.org or 218-365-4811
- Florida National High Adventure Sea Base: www.bsaseabase.org or 305-664-5612
- National Scout jamboree: www.bsajamboree.org
- Summit Bechtel Reserve: www.summitblog.org or 304-250-6750

For frequently asked questions about this Annual Health and Medical Record, see Scouting Safely online at <http://www.scouting.org/scoutsorce/HealthandSafety.aspx>. Information about the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) may be found at www.hhs.gov/ocr/privacy/.

Factores de riesgo

Con base en la gran experiencia de la comunidad médica, BSA ha identificado los siguientes factores de riesgo que podrían limitar su participación en varias aventuras al aire libre.

- Peso corporal excesivo
- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión (Presión arterial alta)
- Diabetes
- Convulsiones
- Falta de vacunación adecuada
- Asma
- Alergias/anafilaxia
- Lesiones musculares/óseas
- Trastornos psiquiátricos/psicológicos y emocionales

Para obtener más información sobre los factores de riesgo médicos, visite Scouting Safely en www.scouting.org.

Prescripciones

Tomar los medicamentos prescritos es responsabilidad del individuo que requiere el medicamento o del padre de familia o tutor del individuo. Un líder, después de haber obtenido toda la información necesaria, puede aceptar la responsabilidad de asegurarse de que un niño tome el medicamento necesario a la hora apropiada, pero BSA no obliga ni necesariamente anima al líder a que lo haga. Asimismo, si las leyes estatales son más limitantes, deben ser cumplidas.

Preguntas frecuentes

- Rancho Scout Philmont: www.philmontscoutranch.org ó 575-376-2281
- Base nacional de aventura extrema Northern Tier: www.ntier.org ó 218-365-4811
- Base nacional marina de aventura extrema de la Florida: www.bsaseabase.org ó 305-664-5612
- Jamboree Scout Nacional: www.bsajamboree.org
- Summit Bechtel Reserve: www.summitblog.org ó 304-250-6750

Para consultar las preguntas frecuentes sobre este Registro Médico y de Salud Anual, consulte Scouting Safely en línea en <http://www.scouting.org/scoutsorce/HealthandSafety.aspx>. La información sobre la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) se encuentra en www.hhs.gov/ocr/privacy/.



Annual Health and Medical Record Registro Médico y de Salud Anual Part A/Parte A

**High-adventure base participants:
Participantes en la base de aventura extrema:**
Expedition/crew No. _____
Expedición/grupo no.: _____
or staff position _____
o puesto fijo: _____

GENERAL INFORMATION/INFORMACIÓN GENERAL

Name _____ Date of birth _____ Age _____ Male Female
Nombre _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/Year) - (MM/DD/Año) _____ Edad _____ Masculino _____ Femenino

Address _____ Grade completed (youth only) _____
Domicilio _____ Grado escolar completado (sólo niños) _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone No. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ No. telefónico _____

Unit leader _____ Council name/No. _____ Unit No. _____
Líder de la unidad _____ Nombre y no. del concilio _____ No. de unidad _____

Social Security No. (optional; may be required by medical facilities for treatment) _____ Religious preference _____
No. de Seguro Social (opcional; puede ser solicitado por las instalaciones médicas para brindar tratamiento) _____ Preferencia religiosa _____

Health/accident insurance company _____ Policy No. _____
Compañía de seguro médico/accidental _____ No. de póliza _____

**ATTACH A PHOTOCOPY OF BOTH SIDES OF INSURANCE CARD. IF YOU DO NOT HAVE MEDICAL INSURANCE, ENTER "NONE" ABOVE.
ANEXAR UNA FOTOCOPIA DE AMBOS LADOS DE LA TARJETA DEL SEGURO. SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, ESCRIBA "NINGUNO."**

In case of emergency, notify/En caso de emergencia, notificar a:

Name _____ Relationship _____
Nombre _____ Parentesco _____

Address _____
Domicilio _____

Home phone _____ Business phone _____ Mobile phone _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de oficina _____ Teléfono móvil _____

Alternate contact name _____ Alternate's phone _____
Nombre de contacto alternativo _____ Teléfono del contacto alternativo _____

HEALTH HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Do you currently have, or have you ever been treated for any of the following?
¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez los siguientes?

Please fill in the bubbles as indicated below:
Por favor rellene los círculos tal como se indica a continuación:
Incorrect: Correct:

Yes/Sí	No/No	Condition/Padecimiento	Explain/Explicar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma Asma Last attack: (MM/YY) _____ Último ataque: (MM/AA) _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes Diabetes Last HbA1c: (Percentage) _____ Última HbA1c: (Porcentaje) _____ %	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hypertension (high blood pressure) Hipertensión (presión alta)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heart disease/heart attack/chest pain/heart murmur Enfermedad del corazón/infarto/dolores de pecho/soplo cardíaco	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stroke/TIA Apoplejía/Accidente isquémico transitorio	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lung/respiratory disease Enfermedades pulmonares/respiratorias	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ear/sinus problems Problemas del oído/senos paranasales	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muscular/skeletal condition Condiciones musculares/óseas	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Menstrual problems (women only) Problemas menstruales (sólo mujeres)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychiatric/psychological and emotional difficulties Dificultades psiquiátricas/psicológicas y emocionales	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behavioral/neurological disorders Trastornos de conducta/neurológicos	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bleeding disorders Enfermedades hemorrágicas	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fainting spells Desmayos	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thyroid disease Enfermedades de la tiroides	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kidney disease Enfermedades del riñón	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sickle cell disease Anemia falciforme	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seizures Convulsiones Last seizure: (MM/YY) _____ Última convulsión: (MM/AA) _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sleep disorders (e.g., sleep apnea) Trastornos del sueño (por ejemplo, síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño)	Use CPAP: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Usa CPAP: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdominal/digestive problems Problemas abdominales/digestivos	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Surgery Cirugía Last surgery: (MM/YY) _____ Última cirugía: (MM/AA) _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Serious injury Lesión grave	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excessive fatigue or shortness of breath with exercise Fatiga en exceso o dificultad para respirar al hacer ejercicio	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Other Otro	

Emergency contact No.:
Teléfono en caso de emergencia

Allergies:
Alergias

DOB:
Fecha de nacimiento

Part A Full name:
Parte A Nombre completo

HEALTH HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Are you allergic to or do you have any adverse reaction to any of the following?
 ¿Es alérgico a, o le causa alguna reacción adversa cualquiera de los siguientes?

Please fill in the bubbles as indicated:
 Por favor rellene los círculos tal como se indica:

Incorrect:
 Correcto:

Yes/Sí	No/No	Allergies or Reaction to Alergias o Reacciones a	Explain Explique
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medication Medicamentos	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Food, plants, or insect bites Alimentos, plantas o picaduras de insectos	

The following immunizations are recommended by the BSA. **Tetanus immunization is required and must have been received within the last 10 years.** For each item, indicate if you have been immunized, the date of the immunization (MM/YY), if you have had the disease, and the date (MM/YY).

BSA recomienda las siguientes vacunas. **La vacuna contra el Tétanos es obligatoria y debe haberla recibido en los últimos 10 años.** Por cada punto, indique si ha sido vacunado, la fecha en que la recibió (MM/AA), si ha padecido la enfermedad, y la fecha (MM/AA).

Immunized? ¿Vacunado?		Immunizations Vacunas	Date (MM/YY) Fecha (MM/AA)	Had Disease? ¿La ha padecido?		Date (MM/YY) Fecha (MM/AA)
Yes/Sí	No/No			Yes/Sí	No/No	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tetanus Tétano	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pertussis Tos ferina		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diphtheria Difteria		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Measles Sarampión		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mumps Paperas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rubella Rubéola		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polio Polio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chicken pox Varicela		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A Hepatitis A		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B Hepatitis B		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meningitis Meningitis		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Influenza Influenza		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Other (i.e., HIB) Otra (por ejemplo, HIB)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		Exemption to immunizations claimed (form required). Exención de vacunas solicitada (formulario obligatorio).				

MEDICATIONS List all medications currently used. (If additional space is needed, please photocopy this part of the health form.) Inhalers and EpiPen information must be included, even if they are for occasional or emergency use only.

- No medications
Sin medicamentos
- Additional medications (sheet attached)
Medicamentos adicionales (hoja anexa)

MEDICAMENTOS Enumere todos los medicamentos que usa en la actualidad. (Si requiere espacio adicional, favor de sacar una fotocopia de esta parte del formulario.) Se debe incluir información sobre inhaladores y EpiPen, incluso si son sólo para uso ocasional o en caso de emergencia.

Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____
Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____

Administration of the above medications is approved by (if required by your state):
 La administración de los medicamentos arriba mencionados está aprobada por (si lo requiere su estado)

Parent/guardian signature
 Firma del padre o tutor

and/or
 y/o

MD/DO, NP, or PA signature
 Firma del Dr., Enfermera profesional, Asistente médico

Bring enough medications in sufficient quantities and in the original containers. Make sure that they are NOT expired, including inhalers and EpiPens. You SHOULD NOT STOP taking any maintenance medication unless instructed to do so by your doctor.

Asegurarse de traer los medicamentos en cantidades suficientes y en los envases originales. Asegurarse de que NO ESTÉN CADUCADOS, incluyendo inhaladores y EpiPens. NO DEBE DEJAR DE tomar cualquier medicamento de mantenimiento a menos que se lo indique su médico.

DOB: Fecha de nacimiento

Part A Full name: Nombre completo

DOB: Fecha de nacimiento

Part B Full name: Parte B Nombre completo

Part B/Parte B

INFORMED CONSENT AND RELEASE AGREEMENT

I understand that participation in Scouting activities involves a certain degree of risk and can be physically, mentally, and emotionally demanding. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to abide by applicable rules and standards of conduct.

In case of an emergency involving me or my child, I understand that every effort will be made to contact the individual listed as the emergency contact person. In the event that this person cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for me or my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge, camp medical staff, camp management, and/or any physician or health care provider involved in providing medical care to the participant. Protected Health Information/Confidential Health Information (PHI/CHI) under the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. seq., as amended from time to time, includes examination findings, test results, and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian, and/or determination of the participant's ability to continue in the program activities.

I have carefully considered the risk involved and give consent for myself and/or my child to participate in these activities. I approve the sharing of the information on this form with BSA volunteers and professionals who need to know of medical situations that might require special consideration for the safe conducting of Scouting activities.

I release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all claims or liability arising out of this participation.

- Without restrictions./Sin restricciones.
- With special considerations or restrictions (list)/Con condiciones especiales o restricciones (lista):

I hereby assign and grant to the local council and the Boy Scouts of America the right and permission to use and publish the photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings made of me or my child at all Scouting activities, and I hereby release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all liability from such use and publication.

I hereby authorize the reproduction, sale, copyright, exhibit, broadcast, electronic storage, and/or distribution of said photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings without limitation at the discretion of the Boy Scouts of America, and I specifically waive any right to any compensation I may have for any of the foregoing.

- Yes/Sí
- No/No

High-adventure base participants: Participantes en la base de aventura extrema:

Expedition/crew No./Expedición/grupo no.: _____
or staff position/o puesto fijo: _____

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica un cierto grado de riesgo y que pueden ser física, mental y emocionalmente agotadoras. Asimismo, entiendo que la participación en dichas actividades es completamente voluntaria y requiere que los participantes se acaten a las reglas y estándares de conducta pertinentes.

En caso de que yo, o mi hijo, nos veamos involucrados en un caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para contactar al individuo mencionado como persona a contactar en caso de emergencia. En caso de que dicha persona no pueda ser localizada, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos seleccionado por el líder adulto a cargo para asegurar que se proporcione el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores médicos están autorizados a compartir información médica protegida con el adulto a cargo, el personal médico del campamento, la administración del campamento, o cualquier médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la administración de atención médica al participante. La Información médica protegida/Información médica confidencial (PHI/CHI, por sus siglas en inglés) bajo los Estándares de privacidad de información médica individualmente identificable, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc., y siguientes como se enmiendan de vez en cuando, incluye resultados de reconocimientos médicos, resultados de pruebas y tratamiento proporcionado para propósitos de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutor del participante, y determinación de la habilidad del participante de continuar con las actividades del programa.

He considerado cuidadosamente el riesgo implicado y he dado el consentimiento para mí mismo o mi hijo de participar en dichas actividades. Apruebo que se comparta la información contenida en este formulario con los voluntarios y profesionales de BSA que necesiten tener conocimiento de condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de actividades Scouting de manera segura.

Eximo a Boy Scouts of America, al concilio local, a los coordinadores de la actividad y a todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados u otras organizaciones asociadas con la actividad, de cualquier y toda reclamación o responsabilidad que surja a raíz de esta participación.

Por este conducto asigno y otorgo al concilio local y a Boy Scouts of America el derecho y permiso para usar y publicar las fotografías/películas/videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido de mí o mi hijo realizadas en todas las actividades Scouting, y por este medio exono a Boy Scouts of America, al concilio local, a los coordinadores de la actividad y a todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados u otras organizaciones asociadas con la actividad, de cualquier y toda responsabilidad por dicho uso y publicación.

Por este conducto autorizo la reproducción, venta, derechos reservados, exhibición, transmisión, almacenamiento electrónico y distribución de dichas fotografías/películas/ videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido sin limitación a discreción de Boy Scouts of America, y específicamente renuncio a cualquier derecho de compensación alguna que pueda tener por cualquiera de lo anterior.

DOB: Fecha de nacimiento

Part B Full name: Nombre completo
Parte B

ADULTS AUTHORIZED TO TAKE YOUTH TO AND FROM EVENTS:

You must designate at least one adult. Please include a telephone number.

- 1. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____
- 2. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____
- 3. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

Adults NOT authorized to take youth to and from events/Adultos NO autorizados para transportar al niño hacia y desde los eventos:

- 1. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____
- 2. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____
- 3. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

I understand that, if any information I/we have provided is found to be inaccurate, it may limit and/or eliminate the opportunity for participation in any event or activity.

If I am participating at Philmont, Philmont Training Center, Northern Tier, Florida Sea Base, or the Summit Bechtel Reserve: I have also read and understand the risk advisories explained in Part D, including height and weight requirements and restrictions, and understand that the participant will not be allowed to participate in applicable high-adventure programs if those requirements are not met. The participant has permission to engage in all high-adventure activities described, except as specifically noted by me or the health-care provider. If the participant is under the age of 18, a parent or guardian's signature is required.

ADULTOS AUTORIZADOS PARA TRANSPORTAR AL NIÑO HACIA Y DESDE LOS EVENTOS:

Debe designar por lo menos a un adulto. Por favor incluya un número telefónico.

Entiendo que, si cualquier información que he/hemos proporcionado es errónea, puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier evento o actividad.

Si participo en Philmont, el Centro de Capacitación Philmont, Northern Tier, la Base Marina de la Florida o Summit Bechtel Reserve: También he leído y entiendo las advertencias de riesgo explicadas en la Parte D, incluyendo los requisitos y restricciones de estatura y peso, y entiendo que al participante no se le permitirá intervenir en programas de aventura extrema si dichos requisitos no se cumplen. El participante tiene permiso de intervenir en todas las actividades de aventura extrema descritas, excepto aquellas específicamente señaladas por mí o el proveedor de servicios médicos. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de el padre/madre o tutor.

Participant's name/Nombre del participante _____

Participant's signature/Firma del participante _____ Date/Fecha _____

Parent/guardian's signature/Firma del padre o tutor _____ Date/Fecha _____
(if participant is under the age of 18/si el participante es menor de 18 años)

Second parent/guardian signature/Firma del otro padre o tutor _____ Date/Fecha _____
(if required; for example, CA/si se requiere; por ejemplo en CA)

**This Annual Health and Medical Record is valid for 12 calendar months.
Este Registro Médico y de Salud Anual tiene vigencia por 12 meses calendario.**

Part C/Parte C
Pre-participation Physical
Examen físico previo a la participación

High-adventure base participants:
Participantes en la base de aventura extrema:
 Expedition/crew No. _____
 Expedición/grupo no.: _____
 or staff position _____
 o puesto fijo: _____

TO THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER

(Certified and licensed physicians [MD, DO], nurse practitioners, and physician assistants)

You are being asked to certify that this individual has no contraindication for participation in a Scouting experience as described in Part D. For individuals who will be attending a high-adventure program, either unit-based or at one of the national high-adventure bases, please refer to Part D for additional information.

PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REALICE EL RECONOCIMIENTO (Médicos certificados y licenciados, enfermeras profesionales y asistentes médicos)

Se les está solicitando que certifiquen que este individuo no tiene contraindicación para participar en una experiencia Scouting tal como se describe en la Parte D. Para individuos que estarán participando en un programa de aventura extrema, ya sea en la unidad o en una de las bases nacionales de aventura extrema, por favor consulte la Parte D para información adicional.

Height (inches) . Weight (pounds) . Maximum weight for height Meets height/weight limits
 Estatura (pulgadas) . Peso (libras) . Máximo peso para la estatura Cumple con los límites de estatura/peso
 Blood pressure / Pulse Percent body fat (optional) .
 Presión arterial / Pulso Porcentaje de grasa corporal (opcional) . Yes/Sí No/No

If you exceed the maximum weight for height as explained on the next page and your planned high-adventure activity will take you more than 30 minutes away from an emergency vehicle/accessible roadway, you **will not** be allowed to participate. At the discretion of the medical advisers of the event and/or camp, participation of an individual exceeding the maximum weight for height may be allowed if the body fat percentage measured by the health care provider is determined to be 20 percent or less for a female or 15 percent or less for a male. (Philmont requires a hydrostatic weighing or DXA test to be used for this determination.) Please call the event leader and/or camp if you have any questions. Enforcing the height/weight guidelines is strongly encouraged for all other events.

Si usted excede el peso máximo para su estatura tal como se explica en la siguiente página y su actividad de aventura extrema planeada le llevará a más de 30 minutos de distancia de una vía con acceso para un vehículo de emergencia, usted **no podrá** participar. A juicio de los consejeros médicos del evento o campamento, la participación de un individuo que exceda el peso máximo para su estatura puede permitirse si el porcentaje de grasa corporal medida por el proveedor de servicios de salud determina que es 20 por ciento o menos para una mujer o 15 por ciento o menos para un hombre. (Philmont requiere que se use una prueba de peso hidrostático o de densitometría ósea para determinarlo.) Por favor llame al líder del evento o del campamento si tiene preguntas. El cumplimiento de los lineamientos de estatura y peso se recomienda encarecidamente para todos los demás eventos.

DOB: Fecha de nacimiento

Examiner: Please fill in the information. Please fill in the bubbles as indicated: Incorrect: Correct:
Examinador: Favor de completar la información. Por favor rellene los círculos tal como se indica: Incorrecto: Correcto:

	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía	Range of Mobility Rango de movilidad	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía
Eyes Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Knees (both) Rodillas (ambas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ears Oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Ankles (both) Tobillos (ambos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nose Nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Spine Espina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Throat Garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Lungs Pulmones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Neurological Neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Other Otro	Yes Sí	No No	Explain Explique
Heart Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Personal or family history of heart disease Historial personal o familiar de enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Medical equipment (i.e., CPAP, oxygen) Equipo médico (por ejemplo, CPAP, oxígeno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitalia/hernia Genitales/hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Contacts Lentes de contacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skin Piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Dentures Dentaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Emotional adjustment Ajuste emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Braces Tratamientos de ortodoncia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Part C Full name: Parte C Nombre completo

Tuberculosis (TB) skin test (if required by your state for BSA camp staff): Negative/Negativo Positive/Positivo
 Prueba de Tuberculosis (TB) (si lo requiere su estado para personal del campamento BSA)

Allergies/Alergias: No/No Yes/Sí (explain to what agent, type of reaction, treatment/explique a qué agente, tipo de reacción, tratamiento): _____

Medical restrictions to participate/Restricciones médicas para participar: No/No Yes/Sí (explain/explique): _____

**EXAMINER'S CERTIFICATION
CERTIFICACIÓN
DEL EXAMINADOR**

I certify that I have reviewed the health history and examined this person and find no contraindications for participation in a Scouting experience. This participant (with noted restrictions above):

Certifico que he revisado el historial médico, examinado a esta persona y no encuentro contradicciones para su participación en una experiencia Scouting. Este participante (con las restricciones descritas anteriormente):

Please fill in the bubbles as indicated:
Por favor rellene los círculos tal como se indica:
Incorrect: Correct:

True
Cierto

False
Falso

- Meets height/weight requirements**
Cumple con los requisitos de estatura/peso
- Does not have uncontrolled heart disease, asthma, or hypertension**
No tiene cardiopatía, asma o hipertensión incontrolados
- Has not had an orthopedic injury, musculoskeletal problems, or orthopedic surgery in the last six months or possesses a letter of clearance from his or her orthopedic surgeon or treating physician**
No ha tenido una lesión ortopédica, problemas musculoesqueléticos o cirugía ortopédica en los últimos seis meses o posee una carta de autorización por parte de su cirujano ortopédico o médico
- Has no uncontrolled psychiatric disorders**
No tiene trastornos psiquiátricos incontrolados
- Has had no seizures in the last year**
No ha tenido convulsiones en el último año
- Does not have poorly controlled diabetes**
No tiene diabetes mal controlada
- If less than 18 years of age and planning to scuba dive, does not have diabetes, asthma, or seizures**
Si tiene menos de 18 años de edad y piensa realizar buceo, no tiene diabetes, asma o convulsiones
- I have reviewed Part D for high-adventure activities.**
He revisado la Parte D para actividades de aventura extrema.

Provider printed name
Nombre del proveedor _____

Address
Domicilio _____

City, state, zip
Ciudad, estado, código postal _____

Office phone
Teléfono del consultorio _____

Date
Fecha _____

Examiner signature in the box below.
Firma del examinador en el recuadro de abajo.

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso recomendado (libras)	Allowable Exception Excepción permitida	Maximum Acceptance Aceptación máxima
60	97-138	139-166	166
61	101-143	144-172	172
62	104-148	149-178	178
63	107-152	153-183	183
64	111-157	158-189	189
65	114-162	163-195	195
66	118-167	168-201	201
67	121-172	173-207	207
68	125-178	179-214	214
69	129-185	186-220	220
70	132-188	189-226	226
71	136-194	195-233	233
72	140-199	200-239	239
73	144-205	206-246	246
74	148-210	211-252	252
75	152-216	217-260	260
76	156-222	223-267	267
77	160-228	229-274	274
78	164-234	235-281	281
79 & over	170-240	241-295	295

This table is based on the revised Dietary Guidelines for Americans from the U.S. Dept. of Agriculture and the Dept. of Health & Human Services.

Esta tabla está basada en los Lineamientos dietéticos para estadounidenses del Departamento de Agricultura de los EE.UU. y del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**DO NOT WRITE IN THIS BOX
NO ESCRIBA EN ESTE RECUADRO**

REVIEW FOR CAMP OR SPECIAL ACTIVITY/REVISIÓN PARA CAMPAMENTO O ACTIVIDAD ESPECIAL

Reviewed by
Revisado por _____

Date
Fecha _____

Further approval required Yes No
Se requiere aprobación adicional Sí No

Reason
Razón _____

Approved by
Aprobado por _____

Date
Fecha _____

DOB: _____
Fecha de nacimiento

Part C Full name: _____
Parte C Nombre completo

Click [here](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf) for more information regarding high-adventure outings or go to www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf.
Haga clic [aquí](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf) para obtener más información sobre las excursiones de aventura extrema o visite www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf.

Connecticut Yankee Council – Addendum to Annual BSA Health and Medical Record

This addendum to the Annual BSA Health and Medical Record for youths under 18 years of age is required to meet Connecticut Department of Health requirements. Please read and sign the form at the bottom of the page.

If you do not wish to have any of the following over-the-counter medications administered, please cross out and initial. If there is a continued need for multiple dosage of over-the-counter medication, the Health Officer will be in contact with you about having a discussion with the Scout's primary medical provider for treatment options.

- I give my permission for the camp Health Officer to administer over-the-counter medications as directed by the Camp Physician in the Camp Standing Medical Care and Treatment Procedures. The Connecticut Yankee Council's policy on medications at Scout camp has been written to comply with the National Standards of the Boy Scouts of America and the State of Connecticut Health Dept.

Over the counter medications may include:

- Sunscreen, topically, as needed for sun exposure
- Bug repellent, topically, as needed every 2-4 hrs.
- Robitussin (Guifenesin), by mouth, per weight/age dosing for cough as needed every 6 hrs.
- Benadryl (Diphenhydramine), by mouth, per weight/age dosing for rash/itch/anaphylactic reaction, as needed, every 4-6 hrs
- Maalox, by mouth, per weight/age dosing for upset stomach, as needed or Tums, by mouth, per weight/age dosing for upset stomach, as needed
- Kaopectate, by mouth, per weight/age dosing for diarrhea, as needed every 4 hrs (*NOT more than 2 consecutive doses*)
- Milk of Magnesia, by mouth, per weight/age dosing for constipation, as needed every 6 hrs (*NOT more than 2 consecutive doses*)
- Tylenol (Acetaminophen), by mouth, per weight/age dosing for pain, as needed every 4-6 hrs
- Motrin (Ibuprofen), by mouth, per weight/age dosing for pain as needed every 6-8 hrs
- Throat lozenges, by mouth, 1 tab for sore throat every 2-4 hrs, as needed
- Bacitracin, topically, for wound care/infection prevention, as needed
- Calamine Lotion, topically, for itch/contact dermatitis, as needed, every 1 hr.
- Burn cream with topical lidocaine (2%) for minor burns, as needed
- Cough lozengers, as needed
- EPI auto injector for anaphylactic reaction, followed by 911 call, transport to emergency room
- Hydrocortisone cream (1%) topical for minor swelling reaction, as needed
- Anti-itch cream (Diphenhydramine, 2%) topical for itching, as needed

This section must be signed to indicate acceptance of conditions above:

Signature of parent/guardian: _____

Name (print): _____

Relationship: _____ Date Signed: _____

Please double check that all signatures, parent/guardian/authorized health care provider, are entered as appropriate on all pages of the health form.

Full Name: _____ **DOB:** _____ **Unit:** _____ **Campsite:** _____