Annual Health and Medical Record
Registro Médico y de Salud Anual

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

Medical Information

The Boy Scouts of America recommends that all youth and adult members have annual medical evaluations by a certified and licensed health-care provider. In an effort to provide better care to those who may become ill or injured and to provide youth members and adult leaders a better understanding of their own physical capabilities, the Boy Scouts of America has established minimum standards for providing medical information prior to participating in various activities. Those standards are offered below in one three-part medical form. Note that unit leaders must always protect the privacy of unit participants by protecting their medical information.

Parts A and C are to be completed annually **by all BSA unit members.** Both parts are required for all events that do not exceed 72 consecutive hours, where the level of activity is similar to that normally expended at home or at school, such as day camp, day hikes, swimming parties, or an overnight camp, and where medical care is readily available. Medical information required includes a current health history and list of medications. Part C also includes the parental informed consent and hold harmless/release agreement (with an area for notarization if required by your state) as well as a talent release statement. Adult unit leaders should review participants' health histories and become knowledgeable about the medical needs of the youth members in their unit. This form is to be filled out by participants and parents or guardians and kept on file for easy reference.

Part B is required with parts A and C for any event that exceeds 72 consecutive hours, a resident camp setting, or when the nature of the activity is strenuous and demanding, such as service projects, work weekends, or high-adventure treks. It is to be completed and signed by a certified and licensed health-care provider—physician (MD, DO), nurse practitioner, or physician's assistant as appropriate for your state. The level of activity ranges from what is normally expended at home or at school to strenuous activity such as hiking and backpacking. Other examples include tour camping, jamborees, and Wood Badge training courses. It is important to note that the height/weight chart must be strictly adhered to if the event will take the unit beyond a radius wherein emergency evacuation is more than 30 minutes by ground transportation, such as backpacking trips, high-adventure activities, and conservation projects in remote areas.

Risk Factors

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

- Excessive body weight
- Heart disease
- Hypertension (high blood pressure)
- Diabetes
- Seizures
- Lack of appropriate immunizations
- Asthma
- Sleep disorders
- 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 BSA does not mandate or necessarily encourage the leader to do so. Also, if state laws are more limiting, they must be followed.

Información Médica

Boy Scouts of America recomienda que todos los jóvenes y adultos que son miembros sean sometidos a evaluaciones médicas anuales practicadas por un proveedor de servicios médicos certificado y con licencia. A fin de proporcionar una mejor atención a quienes puedan enfermarse o lesionarse y para proporcionar a los miembros, ya sean jóvenes o líderes adultos, un mejor entendimiento de sus propias capacidades físicas, Boy Scouts of America ha establecido estándares mínimos para proporcionar información médica antes de participar en varias actividades. Dichos estándares se explican a continuación en un formulario conformado por tres partes. Tome en cuenta que los líderes de unidad siempre deberán proteger la privacidad de los participantes de la unidad mediante la protección de su información médica.

Partes A y C deberán ser completadas anualmente por **todos los miembros de la unidad BSA.** Ambas partes son requeridas para todos los eventos que no excedan 72 horas consecutivas, en donde el nivel de actividad es similar a aquel correspondiente a la casa o la escuela, tal como campamento diurno, caminatas, fiestas de natación o un campamento nocturno, y en donde haya atención médica inmediata disponible. La información médica que se requiere incluye un historial medico al corriente y una lista de medicamentos. La Parte C también incluye la notificación de consentimiento y amparo de los padres/convenio de exoneración de responsabilidad (con un área para notarización si se requiere en su estado) así como también una cesión de derechos. Los líderes adultos de unidad deberán revisar el historial médico de los participantes y estar al tanto de las necesidades médicas de los jóvenes miembros de su unidad. Este formulario deberá ser completado por los participantes y padres o tutores y ser archivado para consulta rápida.

La Parte B es requerida con las partes A y C para cualquier evento que exceda 72 horas consecutivas, un ambiente de campamento de residencia, o cuando la naturaleza de la actividad es extenuante y demandante, tal como proyectos de servicio, fines de semana laborales o excursiones de aventura extrema. Deberá ser completada y firmada por un proveedor de servicios médicos certificado y con licencia (MD, DO), enfermero(a) de práctica, o asistente médico según lo apropiado para su estado. El nivel de actividad varía desde lo que es considerado normal en casa o en la escuela hasta actividades extenuantes tales como excursionismo y expedición. Otros ejemplos incluyen campamentos, jamborees y cursos de entrenamiento para la Insignia de Madera. Es importante subrayar que se debe seguir estrictamente la tabla de altura/peso si el evento llevará a la unidad más allá de un radio en donde una evacuación de emergencia implica más de 30 minutos por transporte terrestre, tales como viajes de expedición, actividades de aventura extrema y proyectos de conservación en áreas remotas.

Factores de Riesgo

Basado en la vasta experiencia de la comunidad médica, BSA ha identificado que los siguientes factores de riesgo pueden decidir su participación en varias aventuras al aire libre.

- Exceso de peso
- Condiciones cardiacas
- Hipertensión (presión alta)
- Diabetes
- Ataques cerebrales
- Falta de vacunas adecuadas
- Asma
- Trastornos del sueño
- Alergias/anafilaxis
- Lesiones musculares/óseas
- Dificultades psiquiátricas/psicológicas y emocionales

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

Prescripciones

Ingerir medicamentos con receta es responsabilidad del individuo que toma el medicamento y del padre o tutor del individuo. Un líder, después de obtener toda la información necesaria, puede aceptar tomar la responsabilidad de asegurarse que un niño tome el medicamento necesario a la hora adecuada, pero BSA no estipula ni fomenta necesariamente que lo haga el líder. Asimismo, si las leyes estatales son limitantes, deben ser obedecidas.

Annual BSA Health and Medical Record/ Registro Médico y de Salud Anual BSA

Part A/ Parte A

GENERAL INFORMATION/ INFORMACIÓN GENERAL

Name / Nombre _____ Date of birth / Fecha de nacimiento _____ Age / Edad _____ Male / Masculino ☐ Female / Femenino ☐

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

City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip / Código Postal _____ Phone No. / No. Telefónico _____

Unit leader / Líder de Unidad _____ Council name/No. / Nombre y no. del Concilio _____ Unit No. / No. de Unidad _____

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

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

ATTACH A PHOTOCOPY OF BOTH SIDES OF INSURANCE CARD (see Part C). IF FAMILY HAS NO MEDICAL INSURANCE, STATE "NONE."
ANEXAR UNA FOTOCOPIA DE AMBOS LADOS DE LA TARJETA DEL SEGURO (ver Parte C). SI LA FAMILIA NO TIENE SEGURO MÉDICO, ESCRIBA "NINGUNO."

Name / Nombre _____ Relationship / Parentesco _____

Address / Domicilio _____

Home phone / Teléfono de casa _____ Business phone / Teléfono de oficina _____ Cell phone / Teléfono celular _____

Alternate contact / Contacto alterno _____ Alternate's phone / Teléfono alterno _____

Are you now, or have you ever been treated for any of the following:
En la actualidad, o en el pasado ¿ha recibido tratamiento por padecimiento de cualquiera de las siguientes condiciones?

Yes/Sí	No/No	Condition/Padecimiento	Explain/Explique
		Asthma / Asma	
		Diabetes / Diabetes	
		Hypertension (high blood pressure) / Hipertensión (presión alta)	
		Heart disease (i.e., CHF, CAD, MI) / Enfermedad del corazón (por ejemplo, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, infarto agudo del miocardio)	
		Stroke/TIA / Apoplejía/Accidente isquémico transitorio	
		COPD / EPOC	
		Ear/sinus problems / Problemas del oído/senos paranasales	
		Muscular/skeletal condition / Condiciones musculares/óseas	
		Menstrual problems (women only) / Problemas menstruales (sólo mujeres)	
		Psychiatric/psychological and emotional difficulties Dificultades psiquiátricas/psicológicas y emocionales	
		Learning disorders (i.e., ADHD, ADD) / Trastornos de aprendizaje (por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por déficit de atención)	
		Bleeding disorders / Enfermedad hemorrágica	
		Fainting spells / Desmayos	
		Thyroid disease / Enfermedades de la tiroides	
		Kidney disease / Enfermedades del riñón	
		Sickle cell disease / Anemia falciforme	
		Seizures / Ataques cerebrales	
		Sleep disorders (i.e., sleep apnea) / Trastornos del sueño (por ejemplo, síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño)	
		GI problems (i.e., abdominal, digestive) / Problemas gastrointestinales (por ejemplo, abdominales, digestivos)	
		Surgery / Cirugía	
		Serious injury / Lesión grave	
		Other / Otro	

Allergies or Reaction to: / Alergias o Reacciones a:

Medication/Medicamentos _____

Food, Plants, or Insect Bites/Alimentos, plantas o picaduras de insectos _____

Immunizations/Vacunas:

The following are recommended by the BSA. Tetanus immunization must have been received within the last 10 years. If had disease, put "D" and the year. If immunized, check the box and the year received.

Las siguientes son recomendadas por BSA. La vacuna del Tétano debe haberse recibido en los pasados 10 años. Si se tuvo la enfermedad, coloque una "E" y el año. Si se tiene la vacuna, marque el recuadro y escriba el año en que se recibió.

Yes/Sí	No/No	Date/ Fecha
☐	☐	Tetanus/Tétano _____
☐	☐	Pertussis/Tos ferina _____
☐	☐	Diptheria/Difteria _____
☐	☐	Measles/Sarampión _____
☐	☐	Mumps/Paperas _____
☐	☐	Rubella/Rubéola _____
☐	☐	Polio/Polio _____
☐	☐	Chicken pox/Varicela _____
☐	☐	Hepatitis A/Hepatitis A _____
☐	☐	Hepatitis B/Hepatitis B _____
☐	☐	Influenza/Influenza _____
☐	☐	Other/Otro _____

☐ Exemption to immunizations claimed./Declaración de exención de vacunas.

(For more information about immunizations, as well as the immunization exemption form, see Scouting Safely on Scouting.org.)
(Para obtener más información sobre vacunas, al igual que el formulario de exención de vacunas, consulte Scouting Safely en Scouting.org.)

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.

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 _____	Medication / Medicamento _____	Medication / Medicamento _____
Strength / Dosis _____ Frequency / Frecuencia _____	Strength / Dosis _____ Frequency / Frecuencia _____	Strength / Dosis _____ Frequency / Frecuencia _____
Reason for medication / Razón del medicamento _____	Reason for medication / Razón del medicamento _____	Reason for medication / Razón del medicamento _____
Approximate date started / Fecha aproximada de inicio _____	Approximate date started / Fecha aproximada de inicio _____	Approximate date started / Fecha aproximada de inicio _____
Temporary/Temporal ☐ Permanent/Permanente ☐	Temporary/Temporal ☐ Permanent/Permanente ☐	Temporary/Temporal ☐ Permanent/Permanente ☐

NOTE: Be sure to bring medications in the appropriate containers, and make sure that they are NOT expired, including inhalers and EpiPens. You SHOULD NOT STOP taking any maintenance medication.

NOTA: Asegurarse de traer los medicamentos en los envases adecuados, y asegurarse de que NO estén caducados, incluyendo inhaladores y EpiPens. NO DEBE DEJAR de tomar cualquier medicamento de mantenimiento.

Emergency contact No.: Tél. en caso de emergencia:

Allergies: Alergias:

DOB: Fecha de nacimiento:

Last name: Apellido:

Part B/ Parte B

PHYSICAL EXAMINATION/EXAMEN FÍSICO

Height / Estatura_____ Weight / Peso_____ Meets height/weight limits ☐ Yes ☐ No / Cumple con los límites de estatura/peso ☐ Sí ☐ No Blood pressure / Presión arterial_____ Pulse / Pulso _____

Individuals desiring to participate in any high-adventure activity or events in which emergency evacuation would take longer than 30 minutes by ground transportation will not be permitted to do so if they exceed the weight limit as documented at the bottom of this page. Enforcing the height/weight limit is strongly encouraged for all other events, but it is not mandatory. (For healthy height/weight guidelines, visit *www.cdc.gov.*)

Los individuos que deseen participar en cualquier actividad de aventura extrema o eventos en los cuales una evacuación de emergencia tomaría más de 30 minutos por transportación terrestre, no serán autorizados a hacerlo si exceden el límite de peso tal como se documenta al final de esta página. Se recomienda encarecidamente seguir al pie de la letra el límite para todos los demás eventos, pero no es obligatorio. (Para los valores normales de estatura y peso saludables, visite *www.cdc.gov.*)

	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				Knees (both)/Rodillas (ambas)			
Ears/Oídos				Ankles (both)/Tobillos (ambos)			
Nose/Nariz				Spine/Columna			
Throat/Garganta							
Lungs/Pulmones				**Other/Otro**	**Yes/Sí**	**No/No**	
Heart/Corazón				Contacts/Lentes de contacto			
Abdomen/Abdomen				Dentures/Dentaduras			
Genitalia/Genitales				Braces/Tratamientos de ortodoncia			
Skin/Piel				Inguinal hernia/Hernia inguinal			**Explain/Explique**
Emotional adjustment/ Ajuste Emocional				Medical equipment (i.e., CPAP, oxygen)/Equipo médico (por ejemplo, CPAP, oxígeno)			

Allergies (to what agent, type of reaction, treatment):
Alergias (a qué agente, tipo de reacción, tratamiento):_____

_____

I certify that I have, today, reviewed the health history, examined this person, and approve this individual for participation in:
Certifico que hoy, he revisado el historial médico, examinado a esta persona y aprobado a este individuo para participar en:

- ☐ Hiking and camping / Excursionismo y campamentos
- ☐ Sports/Deportes
- ☐ Cold-weather activity (<10°F) / Actividad en clima frío (<10°F)
- ☐ Competitive activities / Actividades de competencia
- ☐ Horseback riding / Montar a caballo
- ☐ Backpacking/Expediciones
- ☐ Scuba diving/Buceo
- ☐ Wilderness/backcountry treks / Caminatas en el bosque
- ☐ Swimming/water activities / Actividades de natación y acuáticas
- ☐ Mountain biking / Ciclismo de montaña
- ☐ Climbing/rappelling / Escalada y rappel
- ☐ Challenge ("ropes") course / Pista de retos ("cuerdas")

Specify restrictions (if none, so state)/Especifique restricciones (si no hay, por favor escríbalo) _____

_____

Certified and licensed health-care providers recognized by the BSA to perform this exam include physicians (MD, DO), nurse practitioners, and physician's assistants.
Los proveedores de servicios médicos certificados y con licencia reconocidos por BSA para efectuar este examen incluyen médicos (MD, DO), enfermero(a) de práctica y asistentes médicos.

To Health Care Provider: Restricted approval includes:
Para el Proveedor de Servicios Médicos: Aprobación restringida incluye:

- ➔ Uncontrolled heart disease, asthma, or hypertension.
  Enfermedad del corazón, asma e hipertensión incontrolados.
- ➔ Uncontrolled psychiatric disorders.
  Trastornos psiquiátricos incontrolados.
- ➔ Poorly controlled diabetes.
  Diabetes pobremente controlada.
- ➔ Orthopedic injuries not cleared by a physician.
  Lesiones ortopédicas no aprobadas por un médico.
- ➔ Newly diagnosed seizure events (within 6 months).
  Eventos de ataques cerebrales diagnosticados recientemente (en los pasados 6 meses).
- ➔ For scuba, use of medications to control diabetes, asthma, or seizures.
  Para buceo, el uso de medicamentos para controlar diabetes, asma o ataques cerebrales.

Provider printed name / Nombre del proveedor _____

Signature / Firma _____

Address / Domicilio _____

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

Office phone / Teléfono del consultorio _____

Date / Fecha _____

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso Recomendado (lb.)	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

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso Recomendado (lb.)	Allowable Exception Excepción Permitida	Maximum Acceptance Aceptación Máxima
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

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso Recomendado (lb.)	Allowable Exception Excepción Permitida	Maximum Acceptance Aceptación Máxima
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 y más	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 la revisión de las Directrices Dietéticas para Norteamericanos del Departamento de Agricultura y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Part C/ Parte C

Informed Consent and Hold Harmless/Release Agreement

I understand that participation in Scouting activities involves a certain degree of risk. I have carefully considered the risk involved and have given consent for myself and/or my child to participate in these activities. I understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to abide by applicable rules and standards of conduct. 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.

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.

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 to the adult in charge 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.

Notificación de Consentimiento y Amparo de los Padres/ Convenio de Exoneración de Responsabilidad

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica un cierto grado de riesgo. He considerado cuidadosamente el riesgo implicado y he dado el consentimiento para mí mismo o mi hijo de participar en dichas actividades. Entiendo que la participación a dichas actividades es completamente voluntaria y requiere que los participantes sigan las reglas y estándares de conducta pertinentes. 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.

Apruebo que se comparta la información contenida en este formulario con los voluntarios de BSA y profesionales que necesiten tener conocimiento de condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de actividades Scouting de manera segura.

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 el 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 con el adulto a cargo los hallazgos, resultados de exámenes y tratamiento proporcionado para el propósito de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutores del participante, y determinación de la habilidad del participante de continuar en las actividades del programa.

☐ Without restrictions. / Sin restricciones.

☐ With special considerations or restrictions (list) /Con condiciones especiales o restricciones (lista) _____

_____

Talent Release Form

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 by the Boy Scouts of America, and I hereby release the Boy Scouts of America 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 ☐ No

Formulario de Cesión de Derechos

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 por Boy Scouts of America, y por este medio exonero a Boy Scouts of America 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.

☐ Sí ☐ No

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.

Entiendo que, si cualquier información que yo/nosotros hayamos proporcionado es falsa, puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier evento o actividad.

Participant's name/Nombre del participante _____

Participant's signature/Firma del participante _____

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

Date/Fecha _____

Attach copy of insurance card (front and back) here. If required by your state, use the space provided here for notarization.
Anexar una fotocopia de la tarjeta del seguro (ambos lados). Si es requerido por su estado, use el espacio proporcionado aquí para ser certificada por un notario.

BOY SCOUTS OF AMERICA
1325 West Walnut Hill Lane
P.O. Box 152079
Irving, Texas 75015-2079
http://www.scouting.org

521-006
2009 Printing