

Girl Scouts of Northeast Texas
HEALTH HISTORY - Adult
HISTORIA DE SALUD PARA ADULTOS

INFORMATION

Name/Nombre _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ Zip/Código Postal _____

Person to contact in case of emergency/Notifique a:

Name/Nombre _____

Phone/Teléfono (H)(_____) (B)(_____) _____

Name/Nombre _____

Phone/Teléfono (H)(_____) (B)(_____) _____

Physician/Médico _____ Phone/Teléfono(_____) _____

Medical/Hospital Insurance Carrier _____ Policy/Group Number
 Nombre de la Aseguransa Médica _____ Número de Póliza _____

HEALTH HISTORY

Immunizations: Last date given// Vacunas: Fecha de Últimas Vacunas

_____ Oral Polio/Polio _____ Measles/Sarampión _____ Rubella/Rubela _____ Mumps/Paperas
 _____ DPT(Diphtheria/Pertussis/Tetanus)/DPT(Difteria/Tétanos)

Chronic/Recurring Conditions: Check all that apply// Condiciones Crónicas: Marque los que aplican:

- | | |
|---|--|
| _____ Asthma/Respiratory Problems//Asma/Problemas de Respiratorio | _____ Epilepsy/Epilepsia |
| _____ Kidney Disease/Enfermedad de Riñon | _____ Headaches/Dolores de Cabeza |
| _____ Heart Disease/Enfermedad de Corazón | _____ Fainting/Desmayo |
| _____ Diabetes/Diabetis | _____ Nosebleed/Hemorragia Nasal |
| _____ Ear Infection/Infecciones del Oído | _____ Bleeding/Clotting Disorders/Problemas de Sangre |
| _____ Special Dietary Regimen/Dieta Especial | _____ Hypertension/Hipertensión |
| _____ Seizures/Ataques Apopléticos | _____ Constipation/Estreñimiento |
| _____ Emotional Disturbances/Problemas Emocionales | _____ Hearing Impairment/Dificultades en Oír Sordo |
| _____ Sickle Cell Trait or Disease/Tendencia del Sickle Cell Anemia | _____ Musculoskeletal Disorders/Desarreglo del Sistema Musculoeseletal |
| _____ Other/Otra _____ | |

Date last examination/Fecha de último examen médico _____

Are activities restricted?/ ¿Esta restringida su actividad física? _____ No/No _____ Yes/Si

If Yes, explain/ explique _____

Allergies: Check all that apply/ Alergias: Marque a los que son aplicable:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Animals/Animales _____ | <input type="checkbox"/> Plants/Plantas _____ |
| <input type="checkbox"/> Food/Comidas _____ | <input type="checkbox"/> Pollen/Polen _____ |
| <input type="checkbox"/> Insect bites/stings//Piquete de insecto/aguijon _____ | <input type="checkbox"/> Medicines/Drugs//Medicina/Drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Hayfever/Fiebre del Heno _____ | <input type="checkbox"/> Other/Otra _____ |

Current medication: specify _____

Medicina que toma actualmente: _____

Check if you wear: Contact lenses Glasses Dental appliance Other _____

Marque si usa: Pupilentes Anteojos Auxilio dental Otra _____