

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 _____