



**PERSONAL HEALTH AND MEDICAL RECORD**

Formularz Medyczny

To be filled out by parent, guardian, or adult participant 18 years or older. Please print in black ink.

Wypełniają rodzice, opiekunowie lub dorośli uczestnicy 18 lat i wyżej; pismem drukowanym (czarny długopis lub atrament)

**IDENTIFICATION**

Dane osobiste

Name

Imię i nazwisko

Date of birth

Data urodzenia

Age

Wiek

Sex

Płeć

Name of parent or guardian

Imię i nazwisko rodziców lub opiekunów

Telephone (Home)

Nr. Tel. domowy

Work

Nr. Tel. do pracy

Home address

Adres domowy

City

Miasto

State/Province

Stan/Prowincja/Województwo

Zip

Kod pocztowy

If person named above is not available in the event of an emergency, notify:

W nagłym wypadku, gdy osoba podana powyżej jest nieosiągalna, proszę powiadomić:

Name

Imię i nazwisko

Telephone

Nr. telefonu

Name of personal physician

Nazwisko lekarza rodzinnego

Telephone

Nr. telefonu

Personal health/accident insurance carrier

Nazwa firmy ubezpieczeniowej

Policy No.

Nr. Polisy

Group No.

Nr. Grupowy

Copy of insurance card both sides (Included)

Kopia legitymacji ubezpieczeniowej z obu stron (załączona)

I give my child permission for full participation in the organized activity subject to limitations noted herein. In the event of an emergency, I understand that every effort will be made to contact me (if participant is an adult, then my spouse or next of kin). In the event I cannot be reached, I hereby give my permission to the licensed health-care practitioner selected by the organizers of the event to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or medication for my child (or for me, if participant is an adult). I also agree to accept all financial responsibility associated with such medical treatments.

Pozwalam mojemu dziecku na pełne uczestnictwo w programie, z wyjątkiem podanych poniżej ograniczeń. Rozumiem, że w nagłym wypadku zostanie podjęty każdy możliwy wysiłek, aby skomunikować się ze mną (dla dorosłych osób: z mężem/żoną lub innym wskazanym członkiem rodziny). Jeżeli kontakt okaże się niemożliwy, zezwalam, by licencjonowany pracownik służby zdrowia wybrany przez organizatorów programu zalecił mojemu dziecku (mnie – w przypadku dorosłej osoby) odpowiednie zabiegi medyczne, w tym hospitalizację, narkozę, zabieg chirurgiczny lub lekarstwa. Również odpowiadam finansowo za wszystkie rachunki medyczne.

Signature of parent/guardian or adult

Podpis rodzica / opiekuna/ki lub dorosłego uczestnika/czki

Date

Data

**EMERGENCY MEDICAL INFORMATION Informacja w razie nagłego przypadku**

Has or is subject to ( check ) Objawy, dolegliwości i inne (proszę zaznaczyć):

ALLERGY TO A MEDICINE, FOOD, PLANT, ANIMAL, OR INSECT TOXIN

Alergia na leki, żywność, rośliny, zwierzęta, owadów

Any condition that may require special care, medication, or diet (please attach information separately)

Stan wymagający specjalnej opieki, leków, diety (proszę załączyć szczegóły osobno)

ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)

(Brak koncentracji i nadpobudliwość)

Asthma

Astma

Convulsions

Konwulsje

Heart trouble

Zaburzenia pracy serca

Contact lenses

Szklka kontaktowe

Diabetes

Cukrzyca

Fainting spells

Omdlenia

Bleeding disorders

Krwotoki

Dentures

Sztuczne szczęki

**GENERAL HEALTH**

Ogólny stan zdrowotny

**1. Eye symptoms** \_\_\_\_\_

schorzenia oczu

**Wear Glasses** \_\_\_\_\_

Czy nosi okulary

**2. Ear symptoms** \_\_\_\_\_

Schorzenia uszu

**Hearing** \_\_\_\_\_

Słuch

**Earaches (explain)** \_\_\_\_\_

Bóle ucha (wyjaśnić)

**Discharging ear** \_\_\_\_\_

Wycieki z ucha

**3. Colds, sore throat, etc.** \_\_\_\_\_

Zaziębienia, bole gardła itp.

**4. High fever (explain)** \_\_\_\_\_

Wysoka gorączka (wyjaśnić)

**5. Fainting spells (explain)** \_\_\_\_\_

Omdlenia (wyjaśnić)

**6. Convulsions (Date and cause)** \_\_\_\_\_

Konwulsje (Data i powód)

**7. Dental Problems** \_\_\_\_\_

Choroby zębne

**8. Speech Difficulty** \_\_\_\_\_

Trudności z wymową

**9. Nervous Habits:** \_\_\_\_\_

Nerwice

**Temper tantrums** \_\_\_\_\_

Napady złości/histeria

**Thumb sucking** \_\_\_\_\_

Ssanie palca

**Nail Biting** \_\_\_\_\_

Ogryzanie paznokci

**Other** \_\_\_\_\_

Inne

**10. Prescribed Medications (Names)** \_\_\_\_\_

Przyjmowane Lekarstwa (Nazwy)

**Are they taken regularly?** \_\_\_\_\_

Czy przyjmowane regularnie?

**When?** \_\_\_\_\_

Kiedy?

**11. Diabetes** \_\_\_\_\_

Cukrzyca

**Is there Diabetes in the family?** \_\_\_\_\_

Czy występuje cukrzyca w rodzinie?

**Give relationship** \_\_\_\_\_

Podać pokrewieństwo

**12. Tuberculosis contacts (Who?)** \_\_\_\_\_

Kontakt z gruźlicą (Kto?)

**When?** \_\_\_\_\_

Kiedy?

**13. OPERATIONS (Type of surgery and date)** \_\_\_\_\_

Zabiegi chirurgiczne (Rodzaj operacji i data)

**14. INJURIES (Explanation and dates)** \_\_\_\_\_

Zranienia, kontuzje/obrażenia (Wyjaśnić jakie, podać daty)

**15. HEART DEFECTS/DISEASES** \_\_\_\_\_

Wady/choroby serca

**16. CHRONIC illnesses** \_\_\_\_\_

Choroby chroniczne

**DISEASE AND CONDITIONS (DATES)**

Choroby i stany chorobowe (daty)

**Whooping Cough** \_\_\_\_\_

Koklusz

**Chicken Pox** \_\_\_\_\_

Ospa wietrzna

**Measles-Rubeola** \_\_\_\_\_

Odra

**Rubella (3 day)** \_\_\_\_\_

Rożyczka

**Mumps** \_\_\_\_\_

Świnka

**Hemophilia** \_\_\_\_\_

Hemofilia

**Scarlet Fever** \_\_\_\_\_

Szkarlatyna

**Strep Throat** \_\_\_\_\_

Angina

**Rheumatic Fever** \_\_\_\_\_

Gorączka reumatyczna

**Diabetes** \_\_\_\_\_

Cukrzyca

**Mono** \_\_\_\_\_

Mononukleozą

**ADHD** \_\_\_\_\_

ADHD, nadpobudliwość

**Poliomyelitis** \_\_\_\_\_

Choroba Heinego-Mediny

**Shigella** \_\_\_\_\_

Dyzenteria

**Pneumonia** \_\_\_\_\_

Zapalenie płuc

**Hepatitis** \_\_\_\_\_

Żółtaczką

**Osgood-Schlatter** \_\_\_\_\_

Choroba Osgood-Schlattera (gruźlica kości)

**Epilepsy** \_\_\_\_\_

Padaczka

**Nose Bleeds (frequent)** \_\_\_\_\_

Częste krwotoki z nosa

**Eczema** \_\_\_\_\_

Egzema

**Meningitis** \_\_\_\_\_

Zapalenie opon mózgowych

**Allergies (Specify)** \_\_\_\_\_

Alergie (Wyszczególnić)

**Hay Fever** \_\_\_\_\_

Katar sienny

**Poison Ivy** \_\_\_\_\_

Trujący bluszcz

**Insect Stings** \_\_\_\_\_

Ukąszenia przez owady

**Food allergies (List)** \_\_\_\_\_

Uczulenie na żywność (podać jaką)

**17. RECENT illnesses**

*Ostatnio przebyte choroby*

\_\_\_\_\_

**18. List all communicable diseases to which the participant was exposed in the past month:**

*Lista chorób zakaźnych, z którymi uczestnik/czka miał/a kontakt w ubiegłym miesiącu*

\_\_\_\_\_

**To the best of my knowledge, the information above (page 2 and 3) is accurate and complete.**

*Stwierdzam, że powyżej podane informacje (strona 2 i 3) są kompletne i zgodne z prawdą.*

**Signature of parent/guardian or adult**

*Podpis rodzica / opiekuna.ki lub dorosłego uczestnika/czki*

\_\_\_\_\_

**Date**

*Data*

\_\_\_\_\_

Nazwisko i Imię

Chorągiew

**PHYSICAL EXAMINATION / RESTRICTIONS AND GUIDELINES—To be filled out only by a physician**

*Badanie lekarskie – Do wypełnienia tylko przez lekarza*

**Name**

*Imię i nazwisko*

**Date of birth**

*Data urodzenia*

**Age**

*Wiek*

**Sex**

*Płeć*

**CHECK-UP CODE:**

*Spis oznaczeń:*

**V – satisfactory; I – not satisfactory; 0 – not examined**

*V – zadowolający; I – niezadowolający; 0 – nie badany*

**Height**

*Wzrost*

**Weight**

*Waga*

**Vision:**

*Wzrok*

**Normal**

*Normalny*

**Glasses**

*Okulary*

**Contacts**

*Szklka kontaktowe*

**Hearing:**

*Sluch*

**Normal**

*Normalny*

**Abnormal**

*Zaburzenia*

**Blood Pressure**

*Ciśnienie krwi*

**Pulse**

*Puls*

**Temperature**

*Temperatura*

**Respiration**

*Oddech*

**Heart**

*Praca serca*

**Lungs**

*Płuca*

**Eyes**

*Oczy*

**Nose**

*Nos*

**Ears**

*Sluch*

**Throat**

*Gardło*

**Tonsils**

*Migdałki*

**Skin**

*Skóra*

**Lymph Nodes**

*Węzły chłonne*

**Head**

*Głowa*

**Neck**

*Szyja*

**Thyroid**

*Tarczycza*

**Other Glands**

*Inne gruczoły*

**Abdomen**

*Brzuch*

**Hernia**

*Przepuklina*

**Genitals**

*Genitalia*

**Musculoskeletal**

*Układ mięśniowo-szkieletowy*

**Nervous History**

*Układ nerwowy*

**Menstrual History**

*Miesiączka*

**General Condition**

*Stan ogólny*

**Comments:**

*Uwagi*

**List current medications**

*Lista przyjmowanych leków*

**Immunizations: (Give Dates).**

*Szczepienia (Proszę podać daty)*

**Tetanus**

*Tężec*

**Diphtheria**

*Dyfteryt*

**Pertussis**

*Koklusz*

**Measles**

*Odra*

**Polio**

*Heine-Medina*

**Rubella**

*Różyczka*

**Chicken Pox**

*Ospa wietrzna*

**Other**

*Inne*

**Approved for participation in:**

*Może uczestniczyć w:*

**Hiking and camping**

*Wędrówki i obozowanie*

**Competitive sports**

*Sporty wyczynowe*

**Water activities**

*Sporty wodne*

**All activities**

*Wszystkie zajęcia*

**Specify exceptions**

*Wyszczególnić wyjątki*

**Recommendations (explain any restrictions OR limitations)**

*Zalecenia (wyjaśnić wszelkie zastrzeżenia i ograniczenia)*

**Dietary Restrictions (explain separately)**

*Zastrzeżenia dietetyczne (wyszczególnić)*

**Examining Physician (Print):**

*Badający lekarz (drukem)*

**Telephone**

*Nr telefonu*

**Physician Signature:**

*Podpis lekarza*

**Date**

*Data*

**State License in:**

*Licencja wydana w Stanie:*

**License Number:**

*Numer licencji*

Nazwisko i Imię

Chorągiew