

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 _____ **Age** _____ **Sex** _____

Data urodzenia

Wiek

Płeć

Name of parent or guardian _____

Imię i nazwisko rodziców lub opiekunów

Telephone (Home) _____ **Work** _____

Nr. Tel. domowy

Nr. Tel. do pracy

Home address _____

Adres domowy

City _____ **State/Province** _____ **Zip** _____

Miasto

Stan/Prowincja/Województwo

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 _____ **Telephone** _____

Imię i nazwisko

Nr. telefonu

Name of personal physician _____ **Telephone** _____

Nazwisko lekarza rodzinnego

Nr. telefonu

Personal health/accident insurance carrier _____

Nazwa firmy ubezpieczeniowej

Policy No. _____ **Group No.** _____

Nr. Polisy

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 lekarstw, żywności, roślin, zwierząt, owadów

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

Stan wymagający specjalnej opieki, lekarstwa, 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.** _____
Zazębienia, bóle 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)** _____
Przejmowane Lekarstwa (Nazwy)

Are they taken regularly? _____
Czy przejmowane 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** _____
Dyżenteria
- Pneumonia** _____
Zapalenie płuc
- Hepatitis** _____
Zółtaczką
- 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 _____
Chorągwew _____

PHYSICAL EXAMINATION / RESTRICTIONS AND GUIDELINES—To be filled out only by a physician
Badanie lekarskie – Do wypełnienia tylko przez lekarza

Nazwisko i Imię

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 (drukiem)

Telephone

Nr telefonu

Physician Signature:

Podpis lekarza

Date

Data

State License in:

Licencja wydana w Stanie:

License Number:

Numer licencji

Chorągiew