



ANNUAL HEALTH AND MEDICAL INFORMATION **ROCZNA DOKUMENTACJA ZDROWOTNA I MEDYCZNA**

The Annual Health and Medical Record provides medical professionals critical information needed for treatment in the event of an illness or injury. In addition, the record is used to prepare for all activities and to review participant readiness for these activities. **Part 1**, Applies to all participants and is to be filled out by parent, legal guardian, or adult participant 18 years or older. **Part 2** is required for activities or events that are more than 72 hours and needs to be completed by a certified and licensed healthcare professional.

Roczna dokumentacja zdrowotna i medyczna dostarcza lekarzom ważnych informacji potrzebnych do leczenia w przypadku choroby lub urazu. Ponadto zapis służy do przygotowania się do zajęć i przeglądu gotowości uczestników do tych zajęć. **Część 1**, dotyczy wszystkich uczestników i jest wypełniana przez rodzica, opiekuna lub uczestnika jeżeli jest pełnoletni. **Część 2** jest wymagana w przypadku akcji trwających dłużej niż 72 godziny i musi zostać wypełniona przez lekarza.

PART 1 -GENERAL INFORMATION AND HEALTHY HISTORY

PARTICIPANT INFORMATION // DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/NIKA	
First Name & Last name//Imię i Nazwisko: _____	
Gender//Płeć: _____	DOB//Data urodzenia: _____ (MM/DD/YYYY) Age//Wiek: _____
House number & street//Numer domu i ulica: _____	
City//Miasto: _____ State//Stan: _____ Zip Code//Kod pocztowy: _____	
INFORMATION IN CASE OF EMERGENCY // INFORMACJA W RAZIE NAGŁEGO PRZYPADKU	
In case of emergency please contact//W razie wypadku, proszę powiadomić:	
First Name & Last Name//Imię i Nazwisko: _____	
Relationship//Pokrewieństwo: _____	
Home tel. No.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
INSURANCE INFORMATION // INFORMACJA dot. UBEZPIECZENIA	
Name of Medical Insurance Company//Nazwa Firmy ubezpieczenia zdrowotnego: _____	
Name of Insured//Imię i nazwisko ubezpieczonego: _____	
Policy/Group Number//Numer polisy/grupy: _____	
Please provide a copy of both the front and back of the related insurance card ***Proszę dołączyć kopię obu stron odpowiedniej karty ubezpieczeniowej***	

MEDICAL INFORMATION // DANE MEDYCZNE			
Yes Tak	No Nie	Condition//Stan	Explanation//Wyjaśnienie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes//Cukrzyca	Insulin pump? (y/n) Last HbA1c:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension//Nadciśnienie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Conditions//Wady Serca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Family history of heart disease//Historia rodzinna chorób serca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke//Wylew	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma//Astma	Last attack date//Data ostatniego ataku:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung disease//Choroba płuc	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPD//POChP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear, eyes, nose or sinus problem// problemy z uchem, oczami, nosem, zatokami	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscle or bone issues //problemy z mięśniami lub kośćmi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	head injury, concussion, TBI //uraz głowy, wstrząs mózgu,	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altitude sickness//Choroba wysokościowa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychological or emotional difficulties //Trudności psychiczne lub emocjonalne (ex. Anger, Panic attack, depression, anxiety etc.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological or behavioral disorders// Zaburzenia neurologiczne lub zachowania (ex. Autism or ODD, OCD, LD, ADD, ADHD)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood disorders//choroby krwi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting spells and dizziness// Omdlenia i zawroty głowy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease// Choroba nerek	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures or epilepsy//Napady padaczkowe lub epilepsja	Last attack date//Data ostatniego ataku:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominal or digestive problems//problemy żołądkowe lub trawienne	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease// Choroba tarczycy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin Issues//Problem z skórą	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sleep apnea or sleep disorders//Bezdech senny lub zaburzenia snu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surgeries and hospitalizations//Zabiegi chirurgiczne	Last Surgery date// data ostatniej operacji:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other conditions not listed above// Inne niewymienione powyżej	

ALLERGIES // ALERGIE

Do you use an epinephrine autoinjector? Yes No
 Czy używasz epinefryny? Tak Nie
 Exp. Date// Data przydatności _____

Do you use an asthma rescue inhaler? Yes No
 Czy używasz inhalator na astmę? Tak Nie
 Exp. Date// Data przydatności _____

Yes Tak	No Nie	Allergies or Reactions// Alergie lub reakcje	Explanation//Wyjaśnienie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medication//Lekarstwo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Food//Jedzenie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plants//Rośliny	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insect bites or stings//Ukąszenia przez owady	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Others not mentioned //Inne nie wymienione	

MEDICATION // LEKI

Medication//Leki	Dose//Dawka	Frequency//Częstotliwość	Reason//Powód

The following non-prescription medications may be stocked and used on an as needed basis. Cross out those the participant should **NOT** be given. //Następujące leki bez recepty mogą być przechowywane i stosowane w razie potrzeby. Przekreśl te, których **NIE** należy podawać uczestnikowi.

Acetaminophen (tylenol); ibuprofen (advil, motrin); Phenylephrine decongestant (Sudafed PE); Pseudoephedrine (Sudafed); Diphenhydramine antihistamine (Benadryl); Lice shampoo or cream; Calamine lotion; Laxatives (Ex-Lax); Guaifenesin cough syrup (Robitussin); Dextromethorphan cough syrup (Robitussin DM); Chloraseptic (Sore Throat Spray); Generic cough drops; Topical antibiotic cream; Hydrocortisone 1% cream; Aloe; Bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol);

IMMUNIZATION // SZCZEPIENIA

The following immunizations are recommended. Tetanus immunization is required and must have been received within the last 10 years. If you had the disease, check the disease column and list the date. If immunized, check yes and provide the year received.

Poniżej wymienione szczepienia są zalecane. Wymagane jest szczepienie przeciw tężcowi, które zostało wykonane w ciągu ostatnich 10 lat. Jeżeli miałeś chorobę, sprawdź kolumnę choroby i podaj datę. Jeżeli byłeś szczepiony, podaj rok w którym otrzymałeś(as) szczepionkę.

Yes Tak	No Nie	Had Disease Miałem chorobę	Immunization//Szczepienia	Dates//Daty
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tetanus//Tężec	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pertussis//Koklusz	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diphtheria//Dyfteryt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Measles, Mumps, Rubella//Odra, Świnka, Różyczka	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Polio//Heine-Medina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatitis A//Zapalenie Wątroby Typu A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatitis B//Zapalenie Wątroby Typu B	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Meningococcal Meningitis//Zapalenie Opon Mózgowych	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Influenza//Grypa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other//Inne	

If you or the participant has not been fully immunized, please sign the following statement: I understand and accept the risks to myself or the participant from not being fully immunized. Jeżeli ja lub uczestnik nie jest w pełni zaszczepiony, proszę podpisać następujące oświadczenie: Mam świadomość i przyjmuję do wiadomości ryzyko dla siebie lub uczestnika wynikające z niedopełnienia powyższych szczepień.

Signature//Podpis: _____ date//data: _____

*****Parent/Guardian to sign, if participant is a minor; participant to sign, if participant is not a minor***
Rodzic/opiekun podpisuje, jeżeli uczestnik jest niepełnoletni; uczestnik podpisuje, jeżeli jest pełnoletni**

ADDITIONAL INFORMATION // DODATKOWE INFORMACJE

Please provide any additional information about your medical history // Proszę podać wszelkie dodatkowe informacje na temat swojej lub uczestnika historii medycznej:

PART 2 - PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION/ HEALTH CLEARANCE FORM

This part needs to be completed by a certified and licensed healthcare professional.

Full Name: _____ Gender: _____ Age _____ Date of Birth _____

Health Care Professional : Please review **PART 1- Participants General Information and Health History** and complete this form.

Any Medical Restrictions to Participate? ___ Yes ___ No
If “yes” to the question above, what are the recommendations: (describe below-attach additional information if needed)

PHYSICAL EXAM - DATE OF EXAM (mm/dd/yy): _____

Height (inches): _____	Weight (lbs): _____	Blood Pressure: (_____ / _____)	Pulse: _____
------------------------	---------------------	-----------------------------------	--------------

Yes	No	Allergies or Reactions	Explain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medication	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Food	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plants	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insect bites/stings	

	Normal	Abnormal	Explain abnormalities
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ears/nose/throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitalia/hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoskeletal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skin Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I have reviewed the health history (PART 1) and examined this person and find no contraindications for participation in the Polish scouting program activities. This participant (with noted restrictions):

True	False	Explain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meets height/weight requirements:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has no uncontrolled heart disease, lung disease, or hypertension:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has not had an orthopedic injury, musculoskeletal problems, or orthopedic surgery in the last six months or possess a letter of clearance from his or her orthopedic surgeon or treating physician
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has no uncontrolled psychiatric disorders:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has had no seizures in the last year:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does not have poorly controlled diabetes:

Examiner's Signature: _____ Date: _____

Examiner's Full Name (print/type): _____ Title: _____

Office Address: _____ City: _____ State: ____ ZIP: _____

Office Phone: _____

Height/weight Restrictions:

If you exceed the maximum weight for height as explained in the following chart and your planned high-adventure activity will take more than 30 minutes away from an emergency vehicle/accessible roadway, you may not be allowed to participate.

Height (in)	Max. Weight	Height (in)	Max. Weight	Height (in)	Max. Weight	Height (in)	Max. Weight
60	166	65	195	70	226	75	260
61	172	66	201	71	233	76	267
62	178	67	207	72	239	77	274
63	183	68	214	73	246	78	281
64	189	69	220	74	252	79 and over	295