

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE & MEDICAL CONSENT FORM

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

<p>Full Participant Name: _____ Nombre completo del participante</p> <p>Date of Birth: _____ Fecha de nacimiento:</p>	<p>Event Name: Event Dates: Leadership Program 2024</p>
<p>Physician / Médico: Telephone / Teléfono : Insurance Co. / Seguro de salud: Policy # / Número de póliza:</p> <p>Does the participant have any physical condition(s) requiring special considerations? Explain. ¿Tiene el participante alguna condición médica que requiera consideración especial? Por favor explique.</p> <p>Does participant take medication on a regular basis? ¿Toma el participante algún medicamento en forma regular? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Identify Si la respuesta es sí, identifique qué es</p> <p>Does participant need assistance taking medication? ¿Necesita el participante algún tipo de asistencia para tomar el medicamento? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Identify Si la respuesta es sí, identifique qué es</p>	<p>Does participant have allergic reactions to medicine, objects, or nature? ¿Tiene el participante reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Nature (pollen, grass, etc.) <u>Otros Ambiental</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Antibiotics <u>Otros Antibióticos</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Medicine (type) <u>Otros medicamentos (tipo)</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Insect Bites/Stings <u>Picaduras de insectos / Ardor</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other <u>Otro / Ardor</u></p> <p>Please explain the severity, reaction, and action plans for any allergies or existing medication conditions: Por favor, explique la gravedad, la reacción y los planes de acción para cualquier alergia o condición de medicamentos existentes:</p>
<p>Has participant experienced or is presently experiencing: ¿Ha tenido el participante o tiene actualmente: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Allergies/Alergias <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Asthma/Asma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Bleeding Disorder/Problema de sangrado <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cancer/Cancer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Colitis/Colitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes/Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Epilepsy/Seizures/Blackouts <u>Epilepsia/Convulsión/Pérdida del conocimiento</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hernia/Hernia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No High Blood Pressure/Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Joint Injury/Surgery / Problemas de articulaciones o cirugía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Kidney Disease/Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Menstrual Difficulties/Dificultades menstruales <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mental Health Concerns / Problemas mentales/emocionales <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Neck/Back Pain/Injury /Problema/Dolor de Cuello o espalda <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ulcer/Úlcera</p> <p>If yes to any how is it managed? / Otros:</p>	<p>Dietary Restrictions and Food Allergies Restricciones dietarias y alergias alimentarias</p> <p>Please check all that apply: Favor de hacer check para todo que se aplique: <input type="checkbox"/> Vegetarian/ Vegetariano/a <input type="checkbox"/> Vegan / Vegano/a <input type="checkbox"/> Gluten free / Dieta sin gluten <input type="checkbox"/> Dairy Free / libre de lactosa <input type="checkbox"/> Food allergies (peanut, tree nut, lactose, shellfish, etc.) Alergias alimentarias (cacahuete, nuez, lactosa, mariscos, etc.) List all allergies / Escriba las alergias: <input type="checkbox"/> Religious restrictions (kosher, etc.) Restricciones para la religión (kosher, etc.) List religious restrictions / Escriba las restricciones: <input type="checkbox"/> Does not eat pork / No come cerdo <input type="checkbox"/> Other restrictions / Otras restricciones:</p>

*Required if participant is under the age of 18 years / Requeridos si el participante es menor a 18 años

I authorize Camp Manito-wish and its designated representatives to consent, on my behalf, to any emergency medical/hospital care or treatment to be rendered upon the advice of any licensed physician.

Yo autorizo al Campamento Manito-wish y a sus representantes a dar consentimiento, en mi nombre, a cualquier tipo de atención de emergencia ya sea médica / hospitalaria o tratamiento a ser prestado bajo el consejo de un médico. I agree to be responsible for all necessary charges incurred by any hospitalization/treatment rendered pursuant to this authorization. Acuerdo hacerme responsable por todos los gastos incurridos por hospitalización o tratamiento en relación a esta autorización.

Printed Name & Signature of Student: Date: Firma del Estudiante Fecha

Printed Name & Signature of Parent or Guardian: Date: Firma del Padre/ Madre/Tutor Fecha

Signature of Doctor (If Participant has not submitted a signed physical form) _____ **Date / Fecha: Firma del Doctor**
(si el participante no ha entregado un chequeo firmado por su médico)