

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE & MEDICAL CONSENT FORM

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Full Participant Name: _____ Nombre completo del participante Date of Birth: _____ Fecha de nacimiento:	Event Name: Event Dates: Leadership Program 2025
Physician / Médico: Telephone / Teléfono : Insurance Co. / Seguro de salud: Policy # / Número de póliza: 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. Does participant take medication on a regular basis? ¿Toma el participante algún medicamento en forma regular? ☐ Yes ☐ No If Yes, Identify Si la respuesta es sí, identifique qué es Does participant need assistance taking medication? ¿Necesita el participante algún tipo de asistencia para tomar el medicamento? ☐ Yes ☐ No If Yes, Identify Si la respuesta es sí, identifique qué es	Does participant have allergic reactions to medicine, objects, or nature? ¿Tiene el participante reacción alérgica a: ☐ Yes ☐ No Nature (pollen, grass, etc.) <u>Otros Ambiental</u> ☐ Yes ☐ No Antibiotics <u>Otros Antibióticos</u> ☐ Yes ☐ No Medicine (type) <u>Otros medicamentos (tipo)</u> ☐ Yes ☐ No Insect Bites/Stings <u>Picaduras de insectos / Ardor</u> ☐ Yes ☐ No Other <u>Otro / Ardor</u> 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:
Has participant experienced or is presently experiencing: ¿Ha tenido el participante o tiene actualmente: ☐ Yes ☐ No Allergies/Alergias ☐ Yes ☐ No Asthma/Asma ☐ Yes ☐ No Bleeding Disorder/Problema de sangrado ☐ Yes ☐ No Cancer/Cancer ☐ Yes ☐ No Colitis/Colitis ☐ Yes ☐ No Diabetes/Diabetes ☐ Yes ☐ No Epilepsy/Seizures/Blackouts <u>Epilepsia/Convulsión/Pérdida del conocimiento</u> ☐ Yes ☐ No Hernia/Hernia ☐ Yes ☐ No High Blood Pressure/Alta presión sanguínea ☐ Yes ☐ No Joint Injury/Surgery / Problemas de articulaciones o cirugía ☐ Yes ☐ No Kidney Disease/Enfermedad de los riñones ☐ Yes ☐ No Menstrual Difficulties/Dificultades menstruales ☐ Yes ☐ No Mental Health Concerns / Problemas mentales/emocionales ☐ Yes ☐ No Neck/Back Pain/Injury /Problema/Dolor de Cuello o espalda ☐ Yes ☐ No Ulcer/Úlcera If yes to any how is it managed? / Otros:	Dietary Restrictions and Food Allergies Restricciones dietarias y alergias alimentarias Please check all that apply: Favor de hacer check para todo que se aplique: ☐ Vegetarian/ Vegetariano/a ☐ Vegan / Vegano/a ☐ Gluten free / Dieta sin gluten ☐ Dairy Free / libre de lactosa ☐ Food allergies (peanut, tree nut, lactose, shellfish, etc.) Alergias alimentarias (cacahuete, nuez, lactosa, mariscos, etc.) List all allergies / Escriba las alergias: ☐ Religious restrictions (kosher, etc.) Restricciones para la religión (kosher, etc.) List religious restrictions / Escriba las restricciones: ☐ Does not eat pork / No come cerdo ☐ Other restrictions / Otras restricciones:

*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 Manitowish 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)