



# ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO

POLISH SCOUTING ORGANIZATION – ZHP, INC.

CHORĄGIEW HARCERZY W USA, HUFIEC WARMIA

21-SZA MĘSKA DRUŻYNA HARCERZY

IM. GENERAŁA SOSABOWSKIEGO



## PERSONAL HEALTH AND MEDICAL RECORD

Formularz Medyczny

To be filled out by parent, guardian, or adult participant 18 years or older

Wypełniają rodzice, opiekunowie lub dorośli uczestnicy 18 lat i wyżej

### 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):*

|                          |   |                          |   |                          |  |                          |                                    |
|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>ALLERGY TO A MEDICINE, FOOD, PLANT, ANIMAL, OR INSECT TOXIN</b><br><i>Alergia na lekarstw, żywności, roślin, zwierząt, owadów</i>  | <input type="checkbox"/> | <b>Heart trouble</b><br><i>Zaburzenia pracy serca</i> | <input type="checkbox"/> | <b>Contact lenses</b><br><i>Szklą kontaktowe</i> | <input type="checkbox"/> | <b>Diabetes</b><br><i>Cukrzyca</i> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Any condition that may require special care, medication, or diet (please attach information separately)</b><br><i>Stan wymagający specjalnej opieki, lekarstwa, diety (proszę załączyć szczegóły osobno)</i> | <input type="checkbox"/> | <b>Convulsions</b><br><i>Konwulsje</i>                | <input type="checkbox"/> | <b>Dentures</b><br><i>Sztuczne szczęki</i>       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <b>ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)</b><br><i>(Brak koncentracji i nadpobudliwość)</i>   |                          |   |                          |  |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <b>Asthma</b><br><i>Astma</i>   | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |  |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <b>Fainting spells</b><br><i>Omdlenia</i>   | <input type="checkbox"/> | <b>Bleeding disorders</b><br><i>Krwotoki</i>          |                          |  |                          |                                    |

**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?***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 (gruzlica 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*

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

Cukrzyca

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

Czy występuje cukrzyca w rodzinie?

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

Podać pokrewieństwo

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

Uczulenie na żywność (podać jaka) \_\_\_\_\_

**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

**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

**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 (drukiem)*

**Telephone**

*Nr telefonu*

**Physician Signature:**

*Podpis lekarza*

**Date**

*Data*

**State License in:**

*Licencja wydana w Stanie:*

**License Number:**

*Numer licencji*

Nazwisko i Imię

Chorągiew