

## Part A: Informed Consent, Release Agreement, and Authorization Parte A: Consentimiento informado, Convenio de exoneración, y Autorización

Full name: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

DOB: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

High-adventure base participants:  
Participantes en bases de aventura extrema:

Expedition/crew No.: \_\_\_\_\_  
Expedición/tripulación No.  
or staff position: \_\_\_\_\_  
o puesto

### Informed Consent, Release Agreement, and Authorization

I understand that participation in Scouting activities involves the risk of personal injury, including death, due to the physical, mental, and emotional challenges in the activities offered. Information about those activities may be obtained from the venue, activity coordinators, or your local council. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to follow instructions and abide by all applicable rules and the standards of conduct.

In case of an emergency involving me or my child, I understand that efforts will be made to contact the individual listed as the emergency contact person by the medical provider and/or adult leader. In the event that this person cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for me or my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge, camp medical staff, camp management, and/or any physician or health-care provider involved in providing medical care to the participant. Protected Health Information/Confidential Health Information (PHI/CHI) under the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. seq., as amended from time to time, includes examination findings, test results, and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian, and/or determination of the participant's ability to continue in the program activities.

(If applicable) I have carefully considered the risk involved and hereby give my informed consent for my child to participate in all activities offered in the program. I further authorize the sharing of the information on this form with any BSA volunteers or professionals who need to know of medical conditions that may require special consideration in conducting Scouting activities.

With appreciation of the dangers and risks associated with programs and activities, on my own behalf and/or on behalf of my child, I hereby fully and completely release and waive any and all claims for personal injury, death, or loss that may arise against the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with any program or activity.

I also hereby assign and grant to the local council and the Boy Scouts of America, as well as their authorized representatives, the right and permission to use and publish the photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings made of me or my child at all Scouting activities, and I hereby release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all liability from such use and publication. I further authorize the reproduction, sale, copyright, exhibit, broadcast, electronic storage, and/or distribution of said photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings without limitation at the discretion of the BSA, and I specifically waive any right to any compensation I may have for any of the foregoing.

### Consentimiento informado, Convenio de exoneración y Autorización

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica el riesgo de lesiones personales, incluyendo la muerte, debido a los retos físicos, mentales y emocionales en las actividades que se ofrecen. Se puede obtener información sobre dichas actividades en la sede, con los coordinadores de la actividad o el concilio local. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y acaten todas las reglas y normas de conducta pertinentes.

En caso de que yo o mi hijo, nos veamos involucrados en un caso de emergencia, entiendo que se realizarán esfuerzos por parte del médico o el líder adulto por contactar al individuo que aparece como la persona de contacto en caso de emergencia. En caso de que esta persona no pueda ser localizada, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos seleccionado por el líder adulto a cargo para garantizar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores de servicios médicos están autorizados a revelar información médica protegida al adulto a cargo, el personal médico del campamento, la administración del campamento, o cualquier médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la prestación de atención médica para el participante. La Información de salud protegida/Información médica confidencial (PHI/CHI por sus siglas en inglés) bajo los Estándares de privacidad de información médica individualmente identificable, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. y siguientes, como se enmiendan de vez en cuando, incluye resultados de reconocimientos médicos, resultados de pruebas y el tratamiento proporcionado para fines de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutor legal del participante, o determinación de la capacidad del participante para continuar en las actividades del programa.

(Si corresponde) He considerado cuidadosamente el riesgo implicado y con la presente doy mi consentimiento para que mi hijo participe en todas las actividades ofrecidas en el programa. Además autorizo que se comparta la información contenida en este formulario con los voluntarios o profesionales de BSA que necesiten tener conocimiento de las condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de actividades Scouting.

Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades, en mi propio nombre o en nombre de mi hijo, por este conducto eximo total y completamente, y renuncio a cualquiera y toda reclamación por lesiones personales, muerte o pérdidas que puedan surgir, a la organización Boy Scouts of America, al concilio local, los coordinadores de la actividad y todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados, u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad.

Asimismo, por este conducto asigno y otorgo al concilio local y a Boy Scouts of America, así como a sus representantes autorizados, el derecho y permiso para usar y publicar las fotografías/películas/videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido de mí o mi hijo realizadas en todas las actividades Scouting, y por este medio exono a Boy Scouts of America, al concilio local, a los coordinadores de la actividad y a todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados u otras organizaciones asociadas con la actividad, de cualquier y toda responsabilidad por dicho uso y publicación. Además autorizo la reproducción, venta, derechos reservados, exhibición, transmisión, almacenamiento electrónico y distribución de dichas fotografías/películas/videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido sin limitación a discreción de Boy Scouts of America, y específicamente renuncio a cualquier derecho de compensación alguna que pueda tener por cualquiera de lo anterior.



# Part A: Informed Consent, Release Agreement, and Authorization

## Parte A: Consentimiento informado, Convenio de exoneración, y Autorización

# A

Full name: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

DOB: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

**High-adventure base participants:**  
**Participantes en bases de aventura extrema:**  
Expedition/crew No.: \_\_\_\_\_  
Expedición/tripulación No.  
or staff position: \_\_\_\_\_  
o puesto

**!** **NOTE:** Due to the nature of programs and activities, the Boy Scouts of America and local councils cannot continually monitor compliance of program participants or any limitations imposed upon them by parents or medical providers. However, so that leaders can be as familiar as possible with any limitations, list any restrictions imposed on a child participant in connection with programs or activities below.

**!** **NOTA:** Debido a la naturaleza de los programas y actividades, Boy Scouts of America y los concilios locales no puede vigilar continuamente el cumplimiento del programa por parte de los participantes o cualquier limitación impuesta sobre ellos por los padres o proveedores de servicios médicos. Sin embargo, para que los líderes puedan estar lo más familiarizados posible con cualquier limitación, enumerar a continuación las restricciones impuestas a un niño participante en relación con los programas o actividades.

List participant restrictions, if any:  None  
\_\_\_\_\_

Restricciones del participante, si existen:  Ninguna  
\_\_\_\_\_

I understand that, if any information I/we have provided is found to be inaccurate, it may limit and/or eliminate the opportunity for participation in any event or activity. If I am participating at Philmont, Philmont Training Center, Northern Tier, Florida Sea Base, or the Summit Bechtel Reserve, I have also read and understand the supplemental risk advisories, including height and weight requirements and restrictions, and understand that the participant will not be allowed to participate in applicable high-adventure programs if those requirements are not met. The participant has permission to engage in all high-adventure activities described, except as specifically noted by me or the health-care provider. If the participant is under the age of 18, a parent or guardian's signature is required.

Entiendo que, si cualquier información que he/hemos proporcionado es errónea, puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier evento o actividad. Si participo en Philmont, el Centro de Capacitación Philmont, Northern Tier, la Base Marina de la Florida o Summit Bechtel Reserve, también he leído y entiendo las advertencias de riesgo suplementario, incluyendo los requisitos y restricciones de estatura y peso, y entiendo que al participante no se le permitirá intervenir en programas de aventura extrema si dichos requisitos no se cumplen. El participante tiene permiso de intervenir en todas las actividades de aventura extrema descritas, excepto aquellas señaladas específicamente por mí o el proveedor de servicios médicos. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de uno de los padres o del tutor.

Participant's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature for youth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(If participant is under the age of 18) (Si el participante es menor de 18 años)

Second parent/guardian signature for youth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del segundo padre/tutor del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(If required; for example, California) (Si es necesario; por ejemplo, en California)

### Complete this section for youth participants only. Completar esta sección para jóvenes participantes solamente.

**Adults Authorized to Take to and From Events:**  
**Adultos autorizados a trasladar al menores hacia y desde los eventos:**  
You must designate at least one adult. Please include a telephone number.  
Debe designar al menos a un adulto. Por favor incluya un número de teléfono.

Name: (Nombre) \_\_\_\_\_  
Telephone: (Teléfono) \_\_\_\_\_

Name: (Nombre) \_\_\_\_\_  
Telephone: (Teléfono) \_\_\_\_\_

**Adults Authorized to Take to and From Events:**  
**Adultos autorizados a trasladar al menores hacia y desde los eventos:**  
You must designate at least one adult. Please include a telephone number.  
Debe designar al menos a un adulto. Por favor incluya un número de teléfono.

Name: (Nombre) \_\_\_\_\_  
Telephone: (Teléfono) \_\_\_\_\_

Name: (Nombre) \_\_\_\_\_  
Telephone: (Teléfono) \_\_\_\_\_



Prepared. For Life.®

680-001  
2014 Printing

## Part B: General Information/Health History Parte B: Información general/historial de salud

Full name: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

DOB: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

**High-adventure base participants:  
Participantes en bases de aventura extrema:**

Expedition/crew No.: \_\_\_\_\_  
Expedición/tripulación No.  
or staff position: \_\_\_\_\_  
o puesto

Age/Edad: \_\_\_\_\_ Gender/Género: \_\_\_\_\_ Height (inches)/Estatura (pulgadas): \_\_\_\_\_ Weight (lbs.)/ Peso (libras): \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ ZIP code/Código postal: \_\_\_\_\_ Telephone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Council Name/No./Nombre del concilio/No.: \_\_\_\_\_ Mobile phone/Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Unit leader/ Líder de la unidad: \_\_\_\_\_ Unit No./ No. de la unidad: \_\_\_\_\_

Health/Accident Insurance Company/ Compañía de seguros de salud o de accidentes: \_\_\_\_\_ Policy No./No. de póliza: \_\_\_\_\_

**! Please attach a photocopy of both sides of the insurance card. If you do not have medical insurance, enter "none" above. Por favor adjunte una fotocopia de ambos lados de la tarjeta del seguro. Si no tiene seguro médico, escriba "ninguno" arriba. !**

**In case of emergency, notify the person below: En caso de emergencia, notificar a la siguiente persona:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Home phone/Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Other phone/Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Alternate contact name/Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Alternate's phone/Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

### Health History / Historial de salud

Do you currently have or have you ever been treated for any of the following?  
¿Actualmente tiene, o alguna vez ha recibido tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones?

Yes Sí	No No	Condition / Condición	Explain / Explicar
		Diabetes / Diabetes	<b>Last HbA1c percentage and date: Último porcentaje de HbA1c y fecha:</b>
		Hypertension (high blood pressure) / Hipertensión (presión arterial alta)	
		Adult or congenital heart disease/heart attack/chest pain (angina)/heart murmur/coronary artery disease. Any heart surgery or procedure. Explain all "yes" answers. Cardiopatía adulta o congénita/ataque al corazón/dolores de pecho(angina)/soplo del corazón/enfermedad de la arteria coronaria. Cualquier cirugía o procedimiento de corazón. Explicar todas las respuestas marcadas "Sí".	
		Family history of heart disease or any sudden heart-related death of a family member before age 50. Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o cualquier muerte súbita relacionada con el corazón de un miembro de la familia antes de los 50 años.	
		Stroke/TIA / Apoplejía/Accidente isquémico transitorio	
		Asthma / Asma	<b>Last attack date: Fecha del último ataque:</b>
		Lung/respiratory disease / Enfermedad pulmonar/respiratoria	
		COPD / EPOC	
		Ear/eyes/nose/sinus problems / Problemas de oído/ojos/nariz/sinusitis	
		Muscular/skeletal condition/muscle or bone issues Condiciones musculares/del esqueleto/condiciones musculares u óseas	
		Head injury/concussion / Traumatismo craneano/conmoción cerebral	
		Altitude sickness / Mal de altura	
		Psychiatric/psychological or emotional difficulties Problemas psiquiátricos/psicológicos o emocionales	
		Behavioral/neurological disorders Trastornos neurológicos/del comportamiento	
		Blood disorders/sickle cell disease Trastornos sanguíneos/anemia falciforme	



# Part B: General Information/Health History

## Parte B: Información general/historial de salud

# B

Full name: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

DOB: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

**High-adventure base participants:**  
**Participantes en bases de aventura extrema:**

Expedition/crew No.: \_\_\_\_\_  
Expedición/tripulación No.

or staff position: \_\_\_\_\_  
o puesto

### Health History / Historial de salud

Do you currently have or have you ever been treated for any of the following?  
¿Actualmente tiene, o alguna vez ha recibido tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones?

Yes Sí	No No	Condition / Condición	Explain / Explicar
		Fainting spells and dizziness / Desmayos y mareos	
		Kidney disease / Enfermedad del riñón	
		Seizures / Convulsiones	<b>Last seizure date:</b> <b>Fecha de la última convulsión:</b>
		Abdominal/stomach/digestive problems Problemas abdominales/estomacales/digestivos	
		Thyroid disease / Enfermedad de la tiroides	
		Excessive fatigue / Fatiga excesiva	
		Obstructive sleep apnea/sleep disorders Apnea obstructiva del sueño/trastornos del sueño	<b>CPAP: Yes / Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No / No</b> <input type="checkbox"/>
		List all surgeries and hospitalizations Lista de todas las cirugías y hospitalizaciones	<b>Last surgery date:</b> <b>Fecha de la cirugía más reciente:</b>
		List any other medical conditions not covered above Cualquier otra condición médica no mencionada en la lista anterior	

### Allergies/Medications / Alergias/medicamentos

Are you allergic to or do you have any adverse reaction to any of the following? ¿Es usted alérgico a, o tiene cualquier reacción adversa a cualquiera de los siguientes?

Yes/ Sí	No	Allergies or Reactions / Alergias o reacciones	Explain / Explicar
		Medication / Medicamento	
		Food / Alimentos	
		Plants / Plantas	
		Insect bites/stings / Picaduras/mordeduras de insectos	

List all medications currently used, including any over-the-counter medications.

Enumere todos los medicamentos utilizados actualmente, incluyendo medicamentos sin receta médica.

- CHECK HERE IF NO MEDICATIONS ARE ROUTINELY TAKEN.  MARQUE AQUÍ SI NO SE TOMAN MEDICAMENTOS RUTINARIAMENTE.
- IF ADDITIONAL SPACE IS NEEDED, PLEASE INDICATE ON A SEPARATE SHEET AND ATTACH.  SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, POR FAVOR INDÍQUELO EN UNA HOJA APARTE Y ANÉXELA.

Medication / Medicamento	Dose / Dosis	Frequency / Frecuencia	Reason / Razón

YES / Sí  NO **Non-prescription medication administration is authorized with these exceptions:**  
**La administración de medicamentos sin receta está autorizada con estas excepciones:** \_\_\_\_\_

Administration of the above medications is approved for youth by:

La administración de los medicamentos anteriores para el menor está aprobada por:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parent/guardian signature

Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MD/DO, NP, or PA signature (if your state requires signature)

Firma del doctor, enfermera, asistente médico (si su estado requiere firma)

**Bring enough medications in sufficient quantities and in the original containers. Make sure that they are NOT expired, including inhalers and EpiPens. You SHOULD NOT STOP taking any maintenance medication unless instructed to do so by your doctor.**

**Lleve suficientes medicamentos en cantidades adecuadas y en los envases originales. Asegúrese de que NO están caducados, incluyendo inhaladores y EpiPens. Usted NO DEBE DEJAR de tomar cualquier medicamento de mantenimiento a menos que se lo indique su médico.**



Prepared. For Life.®

680-001  
2014 Printing

## Part B: General Information/Health History Parte B: Información general/historial de salud

Full name: \_\_\_\_\_  
Nombre completo

DOB: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

**High-adventure base participants:  
Participantes en bases de aventura extrema:**

Expedition/crew No.: \_\_\_\_\_  
Expedición/tripulación No.  
or staff position: \_\_\_\_\_  
o puesto

### Immunization / Vacunas

The following immunizations are recommended by the BSA. 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.

Las siguientes vacunas son recomendadas por BSA. La vacuna antitetánica es necesaria y debe haberse recibido en los últimos 10 años. Si ha padecido la enfermedad, marque la columna de la enfermedad y escriba la fecha. Si tiene la vacuna, marque sí y proporcione el año en que la recibió.

Yes/ Sí	No	Had Disease Padecí la enfermedad	Immunization / Vacunas	Date(s) Fecha(s) de vacunación
			Tetanus / Tétanos	
			Pertussis / Tos ferina	
			Diphtheria / Difteria	
			Measles/mumps/rubella / Sarampión/paperas/rubéola	
			Polio / Poliomielitis	
			Chicken Pox / Varicela	
			Hepatitis A / Hepatitis A	
			Hepatitis B / Hepatitis B	
			Meningitis / Gripe	
			Influenza	
			Other (i.e., HIB) / Otras (por ejemplo, HIB)	
			Exemption to immunizations <b>(form required)</b> Exención a las vacunas <b>(formulario requerido)</b>	

**Please list any additional information about your medical history:  
Por favor escriba cualquier información adicional sobre su historial médico:**

---



---



---



---

#### DO NOT WRITE IN THIS BOX / NO ESCRIBA EN ESTE RECUADRO

Review for camp or special activity. / Revisión para campamento o actividad especial.

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Further approval required: / Se requiere aprobación adicional:  Yes / Sí  No

Reason: \_\_\_\_\_  
Razón: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

