

**EXAMINER'S CERTIFICATION  
CERTIFICACIÓN  
DEL EXAMINADOR**

I certify that I have reviewed the health history and examined this person and find no contraindications for participation in a Scouting experience. This participant (with noted restrictions above):

Certifico que he revisado el historial médico, examinado a esta persona y no encuentro contradicciones para su participación en una experiencia Scouting. Este participante (con las restricciones descritas anteriormente):

Please fill in the bubbles as indicated:  
Por favor rellene los círculos tal como se indica:

**True** **False**  
**Cierto** **Falso**

Incorrect:      
Correcto:

- Meets height/weight requirements**  
Cumple con los requisitos de estatura/peso
- Does not have uncontrolled heart disease, asthma, or hypertension**  
No tiene cardiopatía, asma o hipertensión incontrolados
- Has not had an orthopedic injury, musculoskeletal problems, or orthopedic surgery in the last six months or possesses a letter of clearance from his or her orthopedic surgeon or treating physician**  
No ha tenido una lesión ortopédica, problemas musculoesqueléticos o cirugía ortopédica en los últimos seis meses o posee una carta de autorización por parte de su cirujano ortopédico o médico
- Has no uncontrolled psychiatric disorders**  
No tiene trastornos psiquiátricos incontrolados
- Has had no seizures in the last year**  
No ha tenido convulsiones en el último año
- Does not have poorly controlled diabetes**  
No tiene diabetes mal controlada
- If less than 18 years of age and planning to scuba dive, does not have diabetes, asthma, or seizures**  
Si tiene menos de 18 años de edad y piensa realizar buceo, no tiene diabetes, asma o convulsiones
- I have reviewed Part D for high-adventure activities.**  
He revisado la Parte D para actividades de aventura extrema.

Provider printed name  
Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Address  
Domicilio \_\_\_\_\_

City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Office phone  
Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_

Date  
Fecha \_\_\_\_\_

**Examiner signature in the box below.**  
**Firma del examinador en el recuadro de abajo.**

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso recomendado (libras)	Allowable Exception Excepción permitida	Maximum Acceptance Aceptación máxima
60	97-138	139-166	166
61	101-143	144-172	172
62	104-148	149-178	178
63	107-152	153-183	183
64	111-157	158-189	189
65	114-162	163-195	195
66	118-167	168-201	201
67	121-172	173-207	207
68	125-178	179-214	214
69	129-185	186-220	220
70	132-188	189-226	226
71	136-194	195-233	233
72	140-199	200-239	239
73	144-205	206-246	246
74	148-210	211-252	252
75	152-216	217-260	260
76	156-222	223-267	267
77	160-228	229-274	274
78	164-234	235-281	281
79 & over	170-240	241-295	295

This table is based on the revised Dietary Guidelines for Americans from the U.S. Dept. of Agriculture and the Dept. of Health & Human Services.

Esta tabla está basada en los Lineamientos dietéticos para estadounidenses del Departamento de Agricultura de los EE.UU. y del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**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  
Revisado por \_\_\_\_\_

Date  
Fecha \_\_\_\_\_

Further approval required  Yes  No  
Se requiere aprobación adicional  Sí  No

Reason  
Razón \_\_\_\_\_

Approved by  
Aprobado por \_\_\_\_\_

Date  
Fecha \_\_\_\_\_

Click [here](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf) for more information regarding high-adventure outings or go to [www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part\\_d.pdf](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf).  
Haga clic [aquí](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf) para obtener más información sobre las excursiones de aventura extrema o visite [www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part\\_d.pdf](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf).

DOB: Fecha de nacimiento

Part C Full name: Nombre completo

# Part C/Parte C Pre-participation Physical Examen físico previo a la participación

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

**TO THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER**  
(Certified and licensed physicians [MD, DO], nurse practitioners, and physician assistants)

You are being asked to certify that this individual has no contraindication for participation in a Scouting experience as described in Part D. For individuals who will be attending a high-adventure program, either unit-based or at one of the national high-adventure bases, please refer to Part D for additional information.

**PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REALICE EL RECONOCIMIENTO** (Médicos certificados y licenciados, enfermeras profesionales y asistentes médicos)

Se les está solicitando que certifiquen que este individuo no tiene contraindicación para participar en una experiencia Scouting tal como se describe en la Parte D. Para individuos que estarán participando en un programa de aventura extrema, ya sea en la unidad o en una de las bases nacionales de aventura extrema, por favor consulte la Parte D para información adicional.

Height (inches) [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] Weight (pounds) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] Maximum weight for height [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Estatura (pulgadas) [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] Peso (libras) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] Máximo peso para la estatura [ ] [ ] [ ] [ ]

Blood pressure [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Pulse [ ] [ ] [ ] [ ] Percent body fat (optional) [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ]  
 Presión arterial [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Pulso [ ] [ ] [ ] [ ] Porcentaje de grasa corporal (opcional) [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ]

Meets height/weight limits Cumple con los límites de estatura/peso  
 Yes/Sí  No/No

If you exceed the maximum weight for height as explained on the next page and your planned high-adventure activity will take you more than 30 minutes away from an emergency vehicle/accessible roadway, you **will not** be allowed to participate. At the discretion of the medical advisers of the event and/or camp, participation of an individual exceeding the maximum weight for height may be allowed if the body fat percentage measured by the health care provider is determined to be 20 percent or less for a female or 15 percent or less for a male. (Philmont requires a hydrostatic weighing or DXA test to be used for this determination.) Please call the event leader and/or camp if you have any questions. Enforcing the height/weight guidelines is strongly encouraged for all other events.

Si usted excede el peso máximo para su estatura tal como se explica en la siguiente página y su actividad de aventura extrema planeada le llevará a más de 30 minutos de distancia de una vía con acceso para un vehículo de emergencia, usted **no podrá** participar. A juicio de los consejeros médicos del evento o campamento, la participación de un individuo que exceda el peso máximo para su estatura puede permitirse si el porcentaje de grasa corporal medida por el proveedor de servicios de salud determina que es 20 por ciento o menos para una mujer o 15 por ciento o menos para un hombre. (Philmont requiere que se use una prueba de peso hidrostático o de densitometría ósea para determinarlo). Por favor llame al líder del evento o del campamento si tiene preguntas. El cumplimiento de los lineamientos de estatura y peso se recomienda encarecidamente para todos los demás eventos.

**Examiner: Please fill in the information.  
Examinador: Favor de completar la información.**

Please fill in the bubbles as indicated:  Incorrect:    Correct:   
 Por favor rellene los círculos tal como se indica: Incorrecto    Correcto

	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía	Range of Mobility Rango de movilidad	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía
<b>Eyes</b> Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Knees (both)</b> Rodillas (ambas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Ears</b> Oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Ankles (both)</b> Tobillos (ambos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nose</b> Nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Spine</b> Espina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Throat</b> Garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Lungs</b> Pulmones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Neurological</b> Neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Other</b> Otro	<b>Yes</b> Sí	<b>No</b> No	<b>Explain</b> Explique
<b>Heart</b> Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Personal or family history of heart disease</b> Historial personal o familiar de enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Abdomen</b> Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Medical equipment (i.e., CPAP, oxygen)</b> Equipo médico (por ejemplo, CPAP, oxígeno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Genitalia/hernia</b> Genitales/hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Contacts</b> Lentes de contacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Skin</b> Piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Dentures</b> Dentaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Emotional adjustment</b> Ajuste emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Braces</b> Tratamientos de ortodoncia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Tuberculosis (TB) skin test (if required by your state for BSA camp staff):  Negative/Negativo  Positive/Positivo  
 Prueba de Tuberculosis (TB) (si lo requiere su estado para personal del campamento BSA)

**Allergies/Alergias:**  No/No  Yes/Sí (explain to what agent, type of reaction, treatment/explique a qué agente, tipo de reacción, tratamiento):

**Medical restrictions to participate/Restricciones médicas para participar:**  No/No  Yes/Sí (explain/explique):

DOB: Fecha de nacimiento

Part C Full name: Parte C Nombre completo