



KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA CAMP AMERICA CAMP AMERICA MEDICAL FORM

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA APLIKANT/SECTION A - TO BE COMPLETED BY APPLICANT

Imię/First Name: _____ Nazwisko/Last Name: _____ Kobieta/Female Mężczyzna/Male

Wzrost/Height: _____ Waga/Weight: _____ Wiek/Age: _____ Data urodzenia/Date of Birth: ____/____/____

Osoba kontaktowa w nagłych wypadkach / Emergency Contact / Next of Kin Information

Imię/First Name: _____ Nazwisko/Last Name: _____

Relacja/Relationship: _____

Telefon kontaktowy (wraz z numerem kierunkowym do kraju) / Contact Number (incl. country code): _____

Camp America zostanie niezwłocznie powiadomione przeze mnie w przypadku choroby zakaźnej, poważnego uszkodzenia ciała lub innych zmian w moim stanie zdrowia, które zaszły po wypełnieniu tego formularza, w tym złamań i zwichnięć, które mogą stanowić przeciwwskazanie do podjęcia pracy. Niniejszym oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Upoważniam lekarza do przekazania Camp America, współpracującym firmom ubezpieczeniowym i medycznym informacji o moim stanie zdrowia. Rozumiem i akceptuję, że ponoszę pełną odpowiedzialność za wykonanie wszelkich wymaganych szczepień, w tym dawek uzupełniających rekomendowanych przez mojego lekarza. Niektóre ośrodki kolonijne mogą wymagać dodatkowych szczepień, skontaktuj się ze swoim dyrektorem campu by uzyskać dodatkowe informacje. Zgadzam się na przekazanie przez wymienione podmioty informacji o moim stanie zdrowia osobie, której imię i nazwisko podałem/am powyżej. Poprzez podpisanie tego formularza potwierdzam, że zapoznałem/em się z polityką prywatności (www.culturalinsurance.com link w części „About us”) i zgadzam się na przekazanie informacji medycznych przez mojego lekarza do Camp America.

Camp America must be notified if you are exposed to a communicable disease/serious injury or of any other changes to your general medical condition after completion of this form, including sprained/broken limbs which may impair performance. I confirm the information on this form is correct to the best of my knowledge. Should any emergency situation arise, I authorise Camp America Staff and any medical provider to release information regarding my condition to camp or their insurance provider/emergency services and I understand they can contact my next of kin or my nominated emergency contact without my prior consent. It is your responsibility to ensure you are fully vaccinated including any boosters advised by your GP. Some Summer Camps may require additional vaccinations, speak with your camp directly for more information. By signing this form I confirm I have read the privacy policy (see www.culturalinsurance.com link at bottom of “About US” section) and I confirm that I give permission for my doctor to supply my medical information to Camp America.

Podpis/Signature:..... Data/Date:.....

CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA LEKARZ (NIESPOKREWNIONY Z APLIKANTEM) / SECTION B - TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN ONLY (who should not be a relative of the applicant)

Czy aplikant kiedykolwiek cierpiał z powodu.../Has the applicant ever suffered from...

	Tak/ Yes	Nie/ No
1. Chronicznych/nawracających stanów chorobowych / Any chronic/recurring illnesses:		
2. Operacji, poważnych uszkodzeń ciała lub innych poważnych stanów chorobowych / Any operation, serious injuries or any other pre-existing medical conditions:		
3. Hospitalizacji trwającej powyżej 3 dni / Any hospitalisations of more than 3 consecutive admission days:		
4. Problemów wymagających pomocy psychologicznej/psychiatrycznej, w tym samookaleczenia / Any mental illness/eating disorder or self-harm:		
5. Jakichkolwiek zaburzeń rozwojowych (zespół Aspergera, autyzm, zaburzenia depresyjno-kompulsywne) / Any developmental disorders (e.g. Aspergers, Autism, OCD):		
6. Prób samobójczych/stanów paranoidalnych / Any suicide attempts/ideations:		

Prosimy podać szczegóły wraz z datami, jeśli na którekolwiek z pytań zaznaczono odpowiedź TAK/
Please provide details and approximate dates if you have answered 'YES' to any of the above:

Imię i nazwisko aplikanta/First and last name of the applicant:.....

Czy zgodnie z Pani/Pana wiedzą, badany był kiedykolwiek ofiarą/To your knowledge has the applicant ever been the victim of the following:

	Tak/ Yes	Nie/ No
Molestowania/wykorzystywania seksualnego/Sexual Abuse		
Przemocy psychicznej/Emotional Abuse		
Czy istnieją powody, ze względu na które badany nie powinien opiekować się dziećmi?/ Are there any emotional/mental issues that would prevent this applicant from caring for children?		
Czy istnieją jakieś ograniczenia do wykonywania aktywności fizycznych?/ Are there any limitations to any physical activities?		

Rekomendacje do wykonywania aktywności fizycznych/

*Ograniczone/Limited

Nieograniczone/Unlimited

Recommendation for Physical Activity:

*Proszę wyjaśnić, jeśli są ograniczone/Please Explain if Limited

Prosimy podać szczegóły, jeśli na którekolwiek z pytań zaznaczono odpowiedź TAK/
If you have answered yes to any of the questions above, please explain:

Prosimy podać nazwy i dawki leków, które badany obecnie otrzymuje oraz przyczyny, dla których je zażywa, w tym również alergie. (Pacjent będzie wymagał zapasu leków na okres 3 miesięcy) /
Please provide name and dosage of all medications applicant is currently prescribed to take and to which condition they relate, please include allergies. (Patient will require up to three months' supply of all medicines)

Nazwa leku/Medicine:..... Przyczyna medyczna/Condition:.....

Czy są problemy z niżej wymienionymi/Any issues with the following...

	Tak/ Yes	Nie/ No		Tak/ Yes	Nie/ No
Serce/Heart			Zespoły natręctw/ Obsessive Compulsive Disorder		
Płuca/Lungs			Astma/Asthma		
Migreny/Migraines			Cukrzyca/Diabetes		
Problemy z kręgosłupem, bóle pleców/ Back Conditions			Gruźlica/Tuberculosis		
Omdlenia/Zawroty/ Fainting/Dizziness			Gorączka reumatyczna/choroby serca/ Rheumatic Fever/Heart Disease		
Lęki nocne/ Night Terrors			Urazy głowy/wstrząśnienia mózgu/ Concussion/Head injuries		
Depresja/Depression			Różyczka/German Measles		
Uogólnione stany lękowe/ Generalised Anxiety			Świnka/Mumps		
Samookaleczenia/Self Harm			Koklusz/Whooping Cough		
Próby samobójcze/ Attempted Suicide			Nowotwór/Cancer		
Problemy żywieniowe (anoreksja, bulimia)/ Eating Disorders (Anorexia/Bulimia)			Przebyta ospa wietrzna/ Had Chicken Pox		

Other:.....

Zwiększona podatność/Susceptibilities

Stany drgawkowe/Convulsions/Epilepsy: YES NO Data ostatniego napadu/Date of last seizure:.....

Inne (proszę opisać)/Other (please specify):

Imię i nazwisko aplikanta/First and last name of the applicant:.....

Immunizacja/testy – prosimy uzupełnić poniższą tabelę lub załączyć kartę szczepień/książeczkę szczepień
Immunisations – please complete or alternatively print off vaccination records and attach.

Wykaz szczepień/ Immunisation <i>*wymagane/required</i>	Dawka 1 (miesiąc/rok) Dose 1 (Month/Year)	Dawka 2 (miesiąc/rok) Dose 2 (Month/Year)	Dawka 3 (miesiąc/rok) Dose 3 (Month/Year)	Dawka 4 (miesiąc/rok) Dose 4 (Month/Year)	Dawka 5 (miesiąc/rok) Dose 5 (Month/Year)	Aktualna dawka Most Recent Dose (miesiąc/rok) (Month/Year)
	MMR*Świnka/ Odra/Różyczka/ MMR* – Mumps/ Measles/Rubella					
Polio (Sabin)/Polio						
Błonica/Krztusiec/Tężec/ Diphtheria/Pertussis/ Tetanus						
Zapalenie opon mózgowych/Meningitis						
WZW typu A i B/ Hepatitis A and B						
Dur brzuszny/Typhoid						
Szczepionka przeciwko krztuścowi/ Whooping Cough						
Ospa wietrzna/ Chicken Pox						
Szczepionka przeciwko Covid-19/ COVID-19 Vaccine				Typ i nazwa szczepionki/Type of vaccine:		

Tak/Yes **Nie/No** Data/Date:.....

Test tuberkulinowy/
Tuberculin Test Given? Pozytywny/Positive Negatywny/Negative

Czy posiada Pani/Pan dostęp do pełnej dokumentacji medycznej badanego?
Do you have access to the patient's full medical history: TAK/YES NIE/NO

Jak długo leczy Pani/Pan pacjenta?
How long have you been treating the patient?.....

LEKARZ NIE BĘDZIE PONOSIŁ PRAWNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA INFORMACJE I OPINIE PRZEKAZANE CAMP AMERICA
W DOBREJ WIERZE/DOCTORS WILL NOT BE HELD LIABLE FOR THE INFORMATION PROVIDED IN GOOD FAITH TO CAMP
AMERICA.

PODPIS LEKARZA
DOCTOR'S SIGNATURE:DATA/DATE:.....

CZYTELNE IMIĘ I NAZWISKO
PLEASE PRINT NAME:

NUMER TELEFONU
PHONE NO.:.....FAX/FAX:

ADRES EMAIL
EMAIL ADDRESS:.....

**PIECZĘĆ LEKARZA
LUB PRZYCHODNI/
PLEASE STAMP**