

# **PRE-DEPARTURE MEDICAL FORM**

**(Part One: To be completed by the applicant / Para ser completado por el solicitante)**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone/Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Birthdate/Cumpleaños : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Day Month Year  
Día Mes Año

Sex/Sexo: \_\_\_\_\_

## **MEDICAL INSURANCE/ *SEGURO MEDICO*:**

Company Name /Nombre de la compañía : \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Phone No/Teléfono: \_\_\_\_\_ Policy No. / Seguro No. : \_\_\_\_\_

In CANADA: Provincial Health Insurance No: \_\_\_\_\_

## **IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY / EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relationship/Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

Telephone/Teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## **MEDICAL HISTORY / *HISTORIAL MEDICO***

Explain any past serious illnesses / *Explica si has tenido alguna enfermedad seria?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explain any past hospitalizations / *Explica si alguna vez has estado hospitalizado?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERSONAL HISTORY** - please check of any of the following conditions that you have had, or have now:  
**HISTORIAL PERSONAL** - favor de indicar las condiciones que ha padecido o padece ahora:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Skin conditions/Irritaciones de la piel                    | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/Falta de respiración      | <input type="checkbox"/> Stomach/Duodenal Ulcer/Ulceras estomacales            |
| <input type="checkbox"/> Eye trouble/Problemas de la vista                          | <input type="checkbox"/> Hay Fever / Asthma/Catarro Asmático/Asma      | <input type="checkbox"/> Gall bladder problems/Problema de la vesícula         |
| <input type="checkbox"/> Ear trouble/Problemas de la oído                           | <input type="checkbox"/> Heart trouble/Problemas cardíacos             | <input type="checkbox"/> Jaundice/Ictericia                                    |
| <input type="checkbox"/> Head injury/Lesiones en la cabeza                          | <input type="checkbox"/> High blood pressure/Alta Persión Sanguínea    | <input type="checkbox"/> Hepatitis   |
| <input type="checkbox"/> Recurrent headache/Dolores de cabeza continuos             | <input type="checkbox"/> Low blood pressure/Baja Persión Sanguínea     | <input type="checkbox"/> Intestinal troubles/ Problema intestinales            |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Rheumatism / Arthritis/ Reumatismo / Artritis | <input type="checkbox"/> Recurrent diarrhea/ Diarrea frecuente                 |
| <input type="checkbox"/> Fainting spells/Desmayos                                   | <input type="checkbox"/> Back problems/ Problemas de la espalda        | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Mental / Nervous disorders/ Desórdenes mentales/ nerviosos | <input type="checkbox"/> dislocation of joints/Coyunturas dislocadas   | <input type="checkbox"/> Kidney Disease/Enfermedad del riñón                   |
| <input type="checkbox"/> Weakness/Debilidad   | <input type="checkbox"/> Broken bones /Huesos quebrados                | <input type="checkbox"/> Anemia  |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/Parálisis  | <input type="checkbox"/> Eating disorders/Desórdenes alimenticios      | <input type="checkbox"/> Venereal Disease/Enfermadades Venéreas                |
| <input type="checkbox"/> Insomnia/Insomnio  | <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa/Anorexia Nerviosa            | <input type="checkbox"/> HIV virus   |
| <input type="checkbox"/> Allergy/Alergias   | <input type="checkbox"/> Bulimia                                       | <input type="checkbox"/> Tumor: Cancer/Tumores: Cáncer                         |
| <input type="checkbox"/> Penicillin/Penicilina                                      | <input type="checkbox"/> Surgery/Cirugías                              | <input type="checkbox"/> FEMALES ONLY/ SOLO MUJERES                            |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamides/Sulfamidas                                    | <input type="checkbox"/> Appendectomy/Apendicetomía                    | <input type="checkbox"/> Irregular periods/ Períodos irregulares               |
| <input type="checkbox"/> Serum/Suero  | <input type="checkbox"/> Hernia repair/Hernias                         | <input type="checkbox"/> Severe cramps/Cólicos fuertes                         |
| <input type="checkbox"/> Food- Specify/ Comidas-Especifique                         | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy/Remoción de amígdalas           | <input type="checkbox"/> Excessive flow/Flujo excesivo                         |
|   |  | <input type="checkbox"/> Pregnant now—Embarazo actual # of weeks/ # de semanas |

Please explain any of the conditions that you checked/ Favor de explicar las condiciones que marcó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Are you now under a doctor's care for any condition?/ ¿Está actualmente bajo cuidado médico?

Yes/Si  No (If yes specify/ especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Are you taking any medication at this time?/¿Está tomando medicina ahora?

Yes/Si  No (If yes specify/ especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Any physical handicaps or health conditions which require special attention?/¿Tiene condiciones o limitaciones físicas que requieran un cuidado especial?  Yes/Si  No (If yes specify/especifique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you have a history of emotional instability or psychiatric treatment?/¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o ayuda de un psicólogo?  Yes/Si  No (specify/specifique) \_\_\_\_\_

Blood Type/Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

Would you rate your health condition as/¿Cómo describe su condición física?:

Excellent/Excelente  Good/Buena  Fair/Regular  Poor/Pobre

### IMMUNIZATION RECORD / RECORD DE VACUNACION

Please give approximate dates / Por favor da fechas aproximadas:

DPT Series _____	Booster / Refuerzo _____	Hep A _____
Tetanus / Tetanos _____		Hep B (series of 3) _____
Typhoid / Tifoidea _____		_____
Polio OVP _____	Booster / Refuerzo _____	

**\*\*It is the responsibility of each applicant to inquire of their local health authority what immunizations are required for their target country and any stop over country, and have these immunizations applied.**

**\*\*Es responsabilidad de cada solicitante requerir a sus autoridades de salud locales sobre que vacunas se necesitan en el país al que van o país de paso, y aplicarse las vacunas.**

**(Part two: To be completed by the physician / Para ser llenado por el Médico)**

Name of Applicant/Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

The above named person has applied for service with Youth With A Mission. This program will require good health and endurance. Please review the applicant's health information contained in this paper, fill out the portion below, and make any additional comments.  
Thank You.

*La persona mencionada arriba ha solicitado involucrarse en un programa de Juventud Con Una Misión, este programa va a requerir buena salud y resistencia. Por favor revise la información sobre la salud del solicitante contenida en esta forma, llene la porción siguiente y haga los comentarios que crea pertinentes.  
Muchas gracias.*

Blood Pressure/Presión Sanguínea \_\_\_\_\_ Pulse/Pulso \_\_\_\_\_  
Height/Tamaño \_\_\_\_\_ Weight/Peso \_\_\_\_\_

Please describe any abnormalities in the following systems?/ ¿Existe algo anormal en los siguientes sistemas?:

- Ear, Nose, Throat/Oídos, nariz, garganta \_\_\_\_\_
- Eye/Ojos \_\_\_\_\_
- Neurological /Neurológico \_\_\_\_\_
- Cardiovascular /Cardiovascular \_\_\_\_\_
- Respiratory /Respiratorio \_\_\_\_\_
- Musculoskeletal / Muscular y óseo \_\_\_\_\_

Is the applicant subject to/ El solicitante padece de:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| ___ Asthma/Asma               | ___ Shortness of Breath/ Falta de Respiración  |
| ___ Hay Fever/ Rinitis        | ___ Constipation/Estreñimiento                 |
| ___ Fainting Spells/ Desmayos | ___ Stomach Disturbances/Problemas estomacales |
| ___ Dizziness/ Mareos         | ___ Headaches/ Dolores de Cabeza               |
| ___ Fatigue/ Fatiga           |  |

Is the applicant ever had any of the following/ El solicitante ha padecido alguna vez lo siguiente:

- |                                    |                           |  |
|------------------------------------|---------------------------|--|
| ___ Scarlet fever/Fiebre escarlata | ___ Measles/ Sarampion    | ___ Rheumatic fever/Fiebre reumatica         |
| ___ Smallpox/ Viruela              | ___ Malaria               | ___ Diabetes                                 |
| ___ Tuberculosis /Tuberculosis     | ___ Epilepsy/ Epilepsia   | ___ Thyroid Deficiency/ Deficiencia Tiroidea |
| ___ Amoebic/ Disentería            | ___ Chicken Pox/ Varicela | ___ Bacillary dysentery/ Salmonelosis        |
| ___ Whooping cough/ Tos Ferina     | ___ Mumps/ Paperas        |  |

**CURRENT HEALTH / SALUD ACTUAL**

Is the applicant currently under medical supervision or taking any medications? Explain. /  
El solicitante esta actualmente bajo supervisión médica o tomando algún medicamento? Explique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does the applicant have any chronic medical conditions? Explain / *El solicitante tiene alguna condición médica crónica? Explique*

---

---

Are there presently any restrictions on the applicant's activities for medical reasons? / *El solicitante actualmente tiene alguna restricción de actividades por razones médicas?*

---

---

Does the applicant have any dietary restrictions? *El solicitante tiene alguna restricción alimenticia?*

---

---

Could the applicant's weight affect their ability to keep up with an active schedule? / *Podría el peso del solicitante afectar un horario de actividades físicas?* \_\_\_\_\_

If over 50 pounds overweight, please indicate how many pounds overweight. / *Si el solicitante tiene mas de 23 kilos de sobrepeso, por favor indique cuantos kilos de sobrepeso tiene.* \_\_\_\_\_

Could the applicant walk 3 - 4 miles per day? /  
*¿Podrá el solicitante caminar de 6 a 8 Km. por día?*  Yes/Si  No

Does the applicant wear eye glasses / *El solicitante usa lentes para ver?* \_\_\_\_\_

List all the applicant's allergies to drugs, foods or other substances / *Enliste todas las alergias que el solicitante tenga a medicamentos, comidas u otras sustancias:*

---

---

Would you consider the applicant to be in generally good health / *Considera al solicitante en general con Buena salud?* \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN RECOMMENDATION/RECOMENDACION DEL MÉDICO:**

- Acceptable without limitations/*Aceptable sin limitaciones*
- Should remain in areas where adequate medical care is provided/*Debe permanecer en areas donde la atención médica necesaria es posible*
- Not Acceptable/*No Aceptable*
- Acceptable with limitations (please specify)/*Aceptable con limitaciones (especifique)*\_\_\_\_\_

---

Doctor's Signature /*Firma del Médico* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

Doctor's name (printed) / *Nombre del Doctor (escrito)*

---

Full Address/*Dirección completa* \_\_\_\_\_

---

---