



Медицинская форма

Вожатые и сотрудники **обязаны** предоставить данную медицинскую карту по приезду в лагерь. Для её заполнения требуется медицинское обследование, и она должна быть заполнена и подписана врачом. Мед. карта не влияет на принятие решения о приёме на работу или включении в программу CCUSA. Однако, фальшивые данные или неполное заполнение формы, может повлечь исключение из программы CCUSA. **Помните, что определённые прививки обязательны.** Если у Вас возникнут вопросы, свяжитесь с директором программы в Вашей стране. Если будет недостаточно места в отведённых графах, используйте дополнительный лист и приложите его к форме.

Примечание: Ваш лагерь может прислать Вам свою форму медицинской карты. В таком случае заполните только лагерную форму и возьмите с собой в лагерь.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Фамилия, Имя _____ Дата рождения _____ Пол: Муж. Жен.

Домашний адрес _____
кв., № дома, улица _____ Город _____ Страна _____ Индекс _____

Домашний телефон _____ Сотовый телефон _____

С кем связаться в экстренном случае (степень родства) _____

Телефон для экстренного случая _____ Рабочий телефон _____

Дополнительный контакт в экстренном случае: Ф. И. _____ Телефон _____

АНАМНЕЗ – ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Отметьте те заболевания, которыми Вы переболели, и поставьте примерную дату болезни.

Заболевание	Дата	Заболевание	Дата	Аллергия
<input type="checkbox"/> Частые болезни уха	_____	<input type="checkbox"/> Мигрень	_____	<input type="checkbox"/> Ядовитый плющ/дуб
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца	_____	<input type="checkbox"/> Корь	_____	<input type="checkbox"/> Укус насекомых
<input type="checkbox"/> Судороги	_____	<input type="checkbox"/> ветряная оспа	_____	<input type="checkbox"/> Сенная лихорадка
<input type="checkbox"/> Диабет	_____	<input type="checkbox"/> Краснуха	_____	<input type="checkbox"/> Пенициллин
<input type="checkbox"/> Проблемы с крово- обращением	_____	<input type="checkbox"/> Свинка	_____	<input type="checkbox"/> Астма
<input type="checkbox"/> Повышенное давление	_____	<input type="checkbox"/> Туберкулёз	_____	<input type="checkbox"/> Другие лекарства _____ (какие)
<input type="checkbox"/> Мононуклеоз	_____	<input type="checkbox"/> Гепатит	_____	<input type="checkbox"/> Продукты _____ (какие)
<input type="checkbox"/> Свищи	_____	<input type="checkbox"/> Бронхит	_____	

Я курю: (отметьте): Регулярно Иногда В компании Никогда

Я употребляю алкоголь: Ежедневно Еженедельно Изредка Никогда

Перечень операций или серьезных заболеваний, перенесенных Вами за последние 5 лет (с указанием даты): _____

Перечень хронических заболеваний, которые могут повлиять на Вашу работоспособность: _____

Что может сделать работодатель, чтобы обеспечить Вашу работоспособность? _____

Находились ли Вы под врачебным наблюдением по поводу психо-эмоциональных проблем? ДА НЕТ Если да, то когда, и опишите, пожалуйста: _____

Можете ли Вы проделать следующие физические действия без труда? Толкать ДА НЕТ Тянуть ДА НЕТ Ходить ДА НЕТ Бегать ДА НЕТ

Сгибаться ДА НЕТ Поднимать ДА НЕТ Если Вы ответили **НЕТ** на любой из вышеперечисленных вопросов, пожалуйста, поясните причину: _____

ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА — ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Перечислите, пожалуйста, **ВСЕ** лекарства (включая лекарства без рецепта), которые Вы регулярно принимаете. Возьмите с собой в лагерь достаточное количество необходимых лекарств. Сохраняйте оригинальную упаковку от лекарств, которая должна содержать информацию о названии препарата, дозировке и частоте приема. Все лекарства должны сдаваться в специально предназначенное для этого место в лагере. Используйте дополнительный лист для большего количества препаратов.

я регулярно принимаю лекарства перечисленные ниже. я НЕ принимаю лекарства на постоянной основе.

Препарат №1 _____ Дозировка _____ Время приема _____

Причина приема _____

Препарат №2 _____ Дозировка _____ Время приема _____

Причина приема _____

ОГРАНИЧЕНИЯ В ПИТАНИИ — ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Красное мясо Свинина Яйца Домашняя птица Морепродукты

Лактоза Клейковина Другие ограничения в питании _____



ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ — ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Ответьте максимально достоверно на следующие вопросы.

- | | |
|---|--|
| <p>1. Есть ли у Вас текущие заболевания (в т.ч. инфекционные), телесные повреждения? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>2. Есть ли у Вас хронические или часто повторяющиеся заболевания? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>3. Были ли Вы когда-либо госпитализированы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>4. Были ли Вы когда-либо прооперированы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>5. Случаются ли у Вас частые головные боли? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>6. Были ли у Вас травмы головы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>7. Теряли ли Вы когда-либо сознание? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>8. Носите ли Вы очки или контактные линзы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>9. Бывают ли у Вас ушные инфекции? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>10. Теряли ли сознание во время/после физ. нагрузок? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>11. Были ли у Вас когда-либо припадки? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>12. Была ли боль в груди во время/после физ. нагрузок? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>13. Бывает ли у Вас высокое артериальное давление? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>14. Были ли у Вас проблемы со спиной? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> | <p>15. Были ли у Вас проблемы с суставами (например с коленями, лодыжками)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>16. Есть ли у Вас кожные заболевания (зуд, сыпь, угри)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>17. Страдаете ли Вы диабетом? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>18. Страдаете ли Вы астмой? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>19. Был ли мононуклеоз в последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>20. Были ли проблемы с диареей/запорами? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>21. Были ли проблемы с сомнамбулизмом? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>22. Для женщин: Были ли у Вас проблемы с менструальным циклом? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>23. Есть ли у вас проблемы с пищеварением? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>24. Страдали ли Вы эмоциональными/умственными расстройствами? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>25. Если ДА, обращались ли за медпомощью? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>26. Если ДА, было ли Вам назначено лечение? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>27. Сдавали ли Вы когда-либо анализы на ВИЧ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> |
|---|--|

Поясните, пожалуйста, любой из ответов «ДА», указывая номер вопроса(сов) перед Вашим пояснением. **А ТАКЖЕ СВЯЖИТЕСЬ С ВАШИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ CCUSA, ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА ЛЮБОЙ ИЗ ВОПРОСОВ ОСНОВНОГО БЛОКА**

Я подтверждаю, что информация, приведенная в данной форме, достоверно отражает текущее состояние моего здоровья. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что если эта информация окажется недостоверной или неполной, то я беру на себя риск того, что могу быть исключен из программы Camp Counselors USA без возмещения убытков. Я даю обязательство уведомить CCUSA о любых изменениях в состоянии моего здоровья, которые могут произойти до момента моего вылета в США. Я даю разрешение на оказание мне неотложной медицинской помощи, если в ней возникнет необходимость во время моего пребывания в США.

Подпись участника _____ Дата _____

КАРТА ПРИВИВОК – ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ

Впишите, пожалуйста, месяц и год вакцинации.

Вакцина	Дата прививки	Вакцина	Дата прививки	Вакцина	Дата прививки
Серия DPT* (Дифтерия, коклюш, столбняк)	_____	Столбняк	_____	Полиомиелит*	_____
MMR* (Свинка, корь, краснуха)	_____	Токсоид столбняка*	_____	Натуральная оспа	_____
Тиф	_____	Гепатит Б	_____		

*Обязательные прививки (если срок вакцинации истек — ДОЛЖНА быть проведена новая вакцинация)

Тест на туберкулин: (дата) _____ Все лагеря требуют анализ на ТВ (туберкулёзную палочку), этот анализ должен быть сделан до прибытия в лагерь. Пожалуйста, обратитесь к директору лагеря, если в вашей стране такой анализ не делается. Если тест показал положительную реакцию на туберкулин, то участник должен пройти флюорографию и приложить ее результаты к медицинской карте. Флюорография в США проводится за счет участника программы.

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР – ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОЛНЕН ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ

Примечание для врача, проводящего осмотр: Осматриваемый - потенциальный участник программы, предусматривающей работу в США в детском лагере. Программа предусматривает большие физические нагрузки и продолжительный рабочий день, трудности, связанные с адаптацией к иной культурной среде. Ваш осмотр должен оценить как текущее состояние здоровья осматриваемого, так и возможное воздействие на него в результате участия в программе.

Рост _____ Вес _____ Требуется ли постоянное ношение очков или контактных линз? ДА НЕТ

Используйте, пожалуйста, следующий код для записи результатов: S = Удовлетворительно X = Не удовлетворительно O = Не осматривалось

___ Зрение ___ Сердце ___ Легкие ___ Слух ___ Позвоночник ___ Конечности ___ Нос
 ___ Анализ мочи ___ Артериальное давление ___ Зубы ___ Кожный покров ___ Гемоглобин ___ Брюшная полость ___ Горло

Требуется ли осматриваемому постоянный прием каких-либо медицинских препаратов, которые он должен взять с собой в США? (опишите, пожалуйста): _____

Пожалуйста, оцените общее скелетно-мышечное состояние обследуемого: _____

Спина: _____ Колени: _____ Лодыжки: _____

Я обследовал вышеуказанного претендента на участие в программе CCUSA, рассмотрел ее/его анамнез. По моему мнению, он/она: (обведите) **СПОСОБЕН** **НЕ СПОСОБЕН** по состоянию здоровья выполнять работу в лагере и имеет необходимые для этого физические данные и психо-эмоциональную стабильность.

Подпись врача-терапевта, проводившего осмотр _____ Дата _____

Фимлия, Имя врача (разборчиво) _____ Телефон _____

Адрес _____

Улица, дом и т.п.

Город

Страна

Индекс





Health History Form

As a counselor or support staff member you are **required** to bring this health form with you to camp. It requires a medical exam and must be completed and signed by a doctor. This health form does not affect your camp's decision to hire you or determine your acceptance to the CCUSA program. However, falsifying or failing to disclose information about your health may result in dismissal from the CCUSA program. **Remember certain immunizations are absolutely REQUIRED. Please see page 2 for this information.** If you have any questions or concerns about completing this form, contact your Country Director. If additional space is needed, please attach a separate sheet.

Note: Your camp might send you a copy of their Health History form specific to their camp. If so, please complete your camp's health history form and bring it with you to camp.

PERSONAL INFORMATION

Name _____ Birth Date _____ Sex: Male Female

Address _____
Number & Street City Country Postal Code

Home phone # _____ Mobile Phone _____

Emergency Contact _____ Relationship _____

Emergency Contact Home Phone # _____ Work Phone # _____

Alternate contact in case of emergency: Name _____ Phone _____

HEALTH HISTORY—APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

Check all that apply and give approximate date.

Illness	Date	Illness	Date	Allergies
<input type="checkbox"/> Frequent ear infections	_____	<input type="checkbox"/> Migrane headaches	_____	<input type="checkbox"/> Poison Ivy/Oak
<input type="checkbox"/> Heart defect/disease	_____	<input type="checkbox"/> Measles	_____	<input type="checkbox"/> Insect stings
<input type="checkbox"/> Convulsions	_____	<input type="checkbox"/> Chicken Pox	_____	<input type="checkbox"/> Hay fever
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> German Measles	_____	<input type="checkbox"/> Penicillin
<input type="checkbox"/> Bleeding disorders	_____	<input type="checkbox"/> Mumps	_____	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Hypertension	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Other drugs _____ (specify)
<input type="checkbox"/> Mononucleosis	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Food _____ (specify)
<input type="checkbox"/> Sinus trouble	_____	<input type="checkbox"/> Bronchitis	_____	

I smoke: (check one): Regularly Occasionally Socially Never

I consume alcohol: (check one) Daily Weekly Seldom Never

List surgeries or major illnesses you have had in the last 5 years (include dates): _____

List chronic health concerns which might affect your ability to work. Please include any physical conditions requiring restriction(s) on participation in the camp program with a description of the restriction: _____

What can your employer do to facilitate your performance? _____

Have you ever been under a professional's care for emotional, psychological or learning difficulties? Yes No If yes, when and please describe _____

Can you do the following without difficulty? Push YES NO Pull YES NO Walk YES NO Run YES NO Bend YES NO Lift YES NO If you answered **No** to any of the above activities, please explain: _____

MEDICATIONS BEING TAKEN—APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

Please list **ALL** current medication(s) (including over-the-counter or nonprescription drugs). Bring enough medication to last the entire time at camp. Keep it in the original packaging that identifies the prescribing physician (if a prescription drug), the name of the medication, the dosage, and the frequency of administration. All medications will be stored in the camp medical facility. Attach additional sheet for more medications.

I take medications as stated below. I take NO medications on a routine basis.

Med #1 _____ Dosage _____ Specific times taken each day _____
Reason for taking _____

Med #2 _____ Dosage _____ Specific times taken each day _____
Reason for taking _____

DIETARY RESTRICTIONS—APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

Does not eat red meat Does not eat pork Does not eat eggs Does not eat poultry Does not eat seafood

Lactose Intolerant Gluten Free Other dietary restrictions _____



GENERAL QUESTIONS—APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

The following questions must be answered truthfully, and to the best of your knowledge.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Had any recent injury, illness or infectious disease? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2. Ever had a chronic or recurring illness? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3. Ever been hospitalized? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4. Ever had surgery? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5. Have frequent headaches? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6. Ever had a head injury? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7. Ever been knocked unconscious? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8. Wear glasses, contacts? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>9. Ever had frequent ear infections? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>10. Ever passed out during or after exercise? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>11. Ever had seizures? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>12. Ever had chest pain during or after exercise? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>13. Ever had high blood pressure? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>14. Ever had back problems? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>15. Ever had problems with joints (e.g. knees, ankles)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>16. Have any skin problems (itching, rashes, acne)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>17. Have diabetes? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>18. Have asthma? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>19. Had mononucleosis in the past 12 months? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>20. Had problems with diarrhea/constipation? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>21. Have problems with sleepwalking? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>22. If female, have an abnormal menstrual history? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>23. Have a diagnosed eating disorder? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>24. Ever had emotional and/or mental difficulties? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>25. If YES, did you seek professional help? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>26. If YES, did you receive medication? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>27. Have you ever tested positive for HIV? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> |
|--|---|

Please explain any Yes answers, noting the question number(s) above before your response. Also contact your CCUSA representative if you answered Yes to any of the above.

The information contained in the Health History Form is valid with regard to my current health status. I understand and agree that if this information is incorrect or I am not able to follow the health guidelines set by my camp, I risk dismissal from the CCUSA program. If a change in my health status occurs, I agree to notify the camp in writing of that change prior to leaving for the USA. I hereby give permission for emergency medical care to take place should it be necessary. I HEREBY CERTIFY that all statements containing in the Health History Form are true and correct to the best of my knowledge, and further, I AUTHORIZE THE INSURANCE COMPANY or any party the company authorizes to obtain, or release any information acquired in the course of my examination or treatment.

Applicant's signature _____ Date _____

IMMUNIZATION HISTORY—MUST BE COMPLETED WITH A LICENSED PHYSICIAN

Please record the month and year of immunizations.

Vaccines	Immunization Date	Vaccines	Immunization Date	Vaccines	Immunization Date
DPT series* (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)	_____	Tetanus	_____	Polio*	_____
MMR* (Mumps, Measles, Rubella)	_____	Tetanus Booster*	_____	Small Pox	_____
Typhoid	_____	Hepatitis B	_____		

**Required Immunizations (if expired new immunizations MUST be taken)*

Tuberculin test given: (date) _____ The Tuberculin test is required prior to your arrival at camp. Please contact your Camp Director if this test is not offered in your country. If you test positive for Tuberculin you are required to get a chest x-ray and bring it to camp along with your health history form. Chest x-rays administered in the U.S. are likely to be at the participant's expense.

MEDICAL EXAMINATION—MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN

Note to examining physician: This person has applied for a program in the United States as a supervisor/leader of children. This program involves rigorous physical activity and long working hours.

Your exam should be directed to the person's fitness to engage in such a program.

Height _____ Weight _____ Does this person wear glasses or contact lenses? YES NO

Please use the following code when completing your examination: S = Satisfactory X = Not Satisfactory O = Not Examined

Eyes Heart Lungs Ears Spine Extremities Nose
 Urinalysis Blood Pressure Teeth Skin Hemoglobin Count Abdomen Throat

Is this person on any medications that she/he will need to bring to the United States? (Please describe) _____

Please rate the overall muscular skeletal condition of this person: _____

Back: _____ Knees: _____ Ankles: _____

I have examined the above CCUSA applicant and have reviewed her/his health history. It is my opinion that she/he: (circle) IS IS NOT physically able to engage in the rigors of camp.

Licensed Examining Physician's Signature _____ Date _____

Physician's Name (please print) _____ Phone _____

Address _____

Number & Street

City

Country

Postal Code

