

اسم المجموعة: _____
تاريخ حدث دورة تحدي ستو هايتس: _____



ملخص الحالة الصحية للمشارك

هذه المعلومات سرية لكن يمكن مشاركتها مع الموظفين المختصين عند الضرورة.

المعلومات الشخصية:

اسم المشارك: _____ الجنس: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____ الطول: _____ قدم _____ بوصة الوزن: _____ (رطل)

جهة الاتصال في حالات الطوارئ: يرجى الإشارة إلى اللغة التي يتم التحدث بها في المنزل:

يرجى إدراج شخصين يمكن الاتصال بهما في حالة الطوارئ.

الاسم: _____ الصلة: _____ رقم الهاتف النهاري: _____
الاسم: _____ الصلة: _____ رقم الهاتف النهاري: _____

المعلومات الصحية:

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى مشاركة التفاصيل أدناه

هل تستخدم أي أدوية في حالات الطوارئ؟ إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراجها أدناه مع أي خطة عمل..			الحساسية - الطعام، موسمية، لدغات/لسعات الحشرات، الأدوية
هل هناك حاجة إلى جهاز استنشاق؟ إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراجها أدناه وقدم أي خطة عمل؟			الربو
اذكر أي أدوية مستخدمة أدناه وقدم خطة عمل.			مرض السكري
هل تستخدم أي أدوية في حالات الطوارئ؟ إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراجها أدناه وقدم خطة عمل؟			النوبات التشنجية
			أمراض القلب
			الصداع/الصداع النصفي
			تاريخ بإصابة في الرأس
			مخاوف تتعلق بالسمع/الرؤية/الكلام
			الأمراض/الحوادث الخطيرة
أي شيء من شأنه أن يؤثر على المفاصل والتوازن والحركة ومستوى الجهد؟			العمليات الجراحية
			حامل؟

أمنح الإذن لطفلي بتناول الجرعة المناسبة من الأدوية التالية حسب الحاجة:

_____ إيبوبروفين (أدفيل/موترين) _____ أسيتامينوفين (تايلينول)

هل هناك أي معلومات أخرى تعتقد أنه يجب على الموظفين أن يكونوا على علم بها والتي قد تؤثر على المشاركة خلال هذه التجربة؟

توقيع المشارك: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي (إذا كان المشارك أصغر من 18 عامًا) _____ التاريخ: _____