



Name: _____ Applying for _____
 In an emergency contact _____ Relationship: _____
 Phone: (_____) _____ E-mail: _____
 Medical Insurance Company: _____ Ins.#: _____

Personal History

Please answer all questions. Explain any "Yes" answers in the space below. Have you had, or do you have, any of the following?

Yes	No		Yes	No		Yes	No				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestinal troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recurrent diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatism/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recurrent headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Back problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocation of joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broken bones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venereal disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental/Nervous disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor, Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weakness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia Nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Females Only		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregular periods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach/Duodenal ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severe cramps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gall bladder problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive flow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had any surgeries?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High fever, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Previous pregnancies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other (Explain): _____

Are you now under a doctor's care for any condition? No Yes Specify: _____

Are you taking any medication at this time? No Yes Specify: _____

Do you have any physical handicaps or health conditions which require special attention? No Yes Please specify: _____

Do you have a history of emotional instability or psychiatric treatment? No Yes Specify: _____

Are you? Overweight Underweight Weight: _____ Blood type: _____

Would you rate your health condition as: Excellent Good Fair Poor

Family History

Have any of your relatives ever had any of the following?

Yes	No	Relationship	Yes	No	Relationship
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach disease _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Hay fever _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions, epilepsy _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other: _____



Nombre: _____ Aplicando para: _____
 En emergencia contactar a: _____ Parentesco: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono: (_____) _____
 Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

Historia personal

Por favor responde a todas las preguntas. Explica cualquier respuesta afirmativa en el espacio abajo.

Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo/Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza crónicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema a los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dislocación de las coyunturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Huesos rotos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desórdenes mentales o nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desórdenes psico-alimenticios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor, Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para mujeres solamente	
Parálisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bolimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Periodos irregulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insomnio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras estomacales o duodenales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calambres severos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del vaso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Flujo excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido cirugías?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataques de asfixia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre alta/Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazos anteriores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otro (Explique): _____

¿Estás bajo tratamiento médico? No Sí Explica: _____

¿Estás tomando medicina actualmente? No Sí Explica: _____ ¿Tienes algún impedimento físico o condición de salud que requiera atención especial? No Sí Si la respuesta es sí, por favor explica: _____

¿Tienes una historia de inestabilidad emocional o tratamiento psiquiátrico? No Sí Explica: _____

¿Tu peso va arriba de lo normal? ¿Bajo de lo normal?
 Peso: _____ Tipo de sangre: _____

Tu calificarías tu salud como:

Excelente Buena Regular Mala

Historia familiar

Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Problemas con el estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____
Problemas con los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Asma, fiebres altas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____
Problemas con el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Convulsiones, Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____
SIDA/HIV positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco	_____	Otro	_____	Parentesco	_____

Confidential Health Form 2 of 2

Have you ever had any of the following COMMUNICABLE DISEASES?

	Yes	No
Chickenpox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes	No
Scarlet fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (Specify):	_____	

To the Physician

The above named person has applied for service with Youth With A Mission. This program requires good health and endurance. Please review the applicant's personal history, fill out the portion below and make additional comments. Thank you.

Blood pressure : _____ Pulse: _____ Date: ____/____/____/

Are there any abnormalities of the following systems?

	Yes	No	Please describe
Ears, nose, throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Musculoskeletal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Would he/she be able to walk 3-4 miles per day? Yes No

Comments: _____

Physician recommendation

Acceptable without limitations Should remain in areas where adequate medical care is provided
Acceptable with limitations Not acceptable

Doctor's name (printed): _____ Doctor's signature: _____

Full address: _____

Consent for treatment (signature of Parent or Guardian is required if under 18 years old)

I/We hereby agree to the performance of such treatment, anesthetics, and operations as in the opinion of the attending physician is deemed necessary on the above named person.

Applicant's signature: _____ Parent/Guardian signature: _____

Relationship to the applicant: _____ Date: ____/____/____/

Liability release

I/We hereby release YOUTH WITH A MISSION, its agents, employees, and volunteer assistants from any liability whatsoever arising out of any injury, damage, or loss which may be sustained by said person during the course of involvement with YOUTH WITH A MISSION, INC.

Applicant's signature: _____ Parent/Guardian signature: _____

Relationship to the applicant: _____ Date: ____/____/____/

Legal consent for minors

I hereby give my consent for (complete name of minor) _____ to travel outside of (home country) _____ with Youth With A Mission.

Applicant's signature: _____ Parent/Guardian signature: _____

Relationship to the applicant: _____ Date: ____/____/____/

Please return this form to: YWAM-Tyler, 961 CR 1143, Tyler, Texas, 75704

Forma Médica Confidencial 2 de 2

¿Has tenido algunas de estas ENFERMEDADES CONTAGIOSAS?

Sí No
Varicela
Rubéola
Paperas
Pertussis

Sí No
Escarlatina
Tuberculosis
Otro (explica) _____

Al Médico

La persona nombrada arriba ha aplicado para ser entrenada en Juventud Con Una Misión. Este programa requiere buena salud y condiciones aptas de resistencia. Por favor revise la historia personal del aplicante, llene la porción abajo, y haga cualquier comentario adicional. **Gracias.**

Presión sanguínea: _____ Pulso: _____ Fecha: ____/____/____

¿Hay anomalías en los siguientes sistemas?

	Sí	No	Por favor describa
Oídos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurálgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muscular-Oseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Podría el/ella caminar 3-4 millas por día? Sí No

Comentarios: _____

Recomendación médica

Aceptable sin limitaciones Debe permanecer en lugares donde atención médica puede ser provista

Aceptable con limitaciones No es aceptable

Nombre del Doctor (Letra de molde): _____ Firma del Doctor: _____

Dirección completa: _____

Permiso para tratamiento (firma del Padre o tutor es requerida si el aplicante tiene menos de 18 años)

Yo/Nosotros acordamos llevar a cabo cualquier tratamiento, anestesia, u operaciones que en la opinión del Doctor de planta se estimen necesarios para la persona mencionada arriba.

Firma del aplicante: _____ Firma del Padre o Tutor: _____

Parentesco con el aplicante: _____ Fecha: ____/____/____

Liberación de responsabilidad

Yo/Nosotros liberamos a YOUTH WITH A MISSION (Juventud Con Una Misión), sus agentes, empleados y asistentes voluntarios de cualquier responsabilidad por demandas de parte mía, de mis familiares o acompañantes, por accidente, daño o pérdida durante el transcurso de mi involucramiento con YOUTH WITH A MISSION.

Firma del aplicante: _____ Firma del Padre o Tutor: _____

Parentesco con el aplicante: _____ Fecha: ____/____/____

Consentimiento legal para menores

Yo doy permiso para que (nombre completo del menor): _____ Viaje fuera de (país de origen)

_____ con Juventud Con Una Misión.

Firma del aplicante: _____ Firma del Padre o Tutor: _____

Parentesco con el aplicante: _____ Fecha: ____/____/____

Envíe esta forma a: Juventud Con Una Misión, 961 CR 1143, Tyler, TX 75704