

HISTORIAL DE SALUD DEL ADULTO
(ADULT HEALTH HISTORY FORM)

Nombre _____
apellido _____ nombre _____ inicial _____

Dirección residencial _____

Ciudad o Pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Historial de Salud-enfermedades o lesiones (marque todas las que apliquen)

_____ Asma _____ Diabetes _____ Epilepsia _____ Enfermedad del riñón
_____ Convulsiones _____ Infección del oído _____ Enfermedad cardíaca _____ Otro (especifique)

Información relacionada al historial de salud: _____

Alergias (marque todas las que apliquen)

_____ Animales (especifique) _____ Picadas de insecto (especifique) _____ Polen (especifique)
_____ Alimento (especifique) _____ Medicamentos/drogas (especifique) _____ Otro (especifique)
_____ Fiebre de Heno (especifique) _____ Plantas (especifique)

Describa los síntomas en caso de que ocurra la alergia: _____

Otras condiciones de salud (marque todas las que apliquen)

_____ Desmayos _____ Mareos _____ Utiliza lentes de contactos
_____ Impedimento auditivo _____ Estreñimiento _____ Utiliza espejuelos
_____ Régimen dietético especial _____ Sangrado por la nariz _____ Dolores menstruales
_____ Otro (especifique) _____

Por favor explique cada contestación asertiva en las condiciones anteriores. Exprese toda información útil para el socorrista de primeros auxilios de la tropa en relación a las condiciones de salud. También, indique cualquier actividad que deba ser restringida.

Inmunizaciones

Fecha de la última vacuna contra el Tétano _____

Prueba de Tuberculosis: Tipo _____ Año de la última prueba _____ Resultado _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Actualmente, usted se encuentra bajo cuidado médico debido a algún problema de salud? _____

¿Padece de alguna lesión la cual requiere atención médica? _____

¿Ingiere regularmente algún medicamento precrito por el médico? _____

Por favor explique cada contestación asertiva. Incluya las fechas necesarias: _____

Información relacionada al seguro de salud

Nombre de la compañía: _____ Número de póliza: _____

Dirección: _____

Nombre del/la asegurado/a principal: _____

Información de los contactos de emergencia

Contacto de Emergencia #1

Contacto de Emergencia #2

Nombre _____

Nombre _____

Relación _____

Relación _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono durante el día _____

Teléfono durante el día _____

Teléfono durante la noche _____

Teléfono durante la noche _____

Firma

Fecha

CONCILIO DE GIRL SCOUT DE LA CAPITAL DE LA NACIÓN
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA
(Authorization for Medical Emergency Treatment)

Soy la madre, el padre o el/la encargado/a legal de (nombre de niña) _____,

De acuerdo a las condiciones estipuladas a continuación, doy mi autorización para que se le brinde a mi hija todo el tratamiento médico o quirúrgico necesario en caso de una emergencia y asumo la responsabilidad por los costos que de ellos se deriven. Esta autorización es válida durante cualquier actividad auspiciada por Girl Scouts de Estados Unidos de América, por el Concilio de Girl Scout de la Capital de la Nación o por las unidades individuales.

Si surge una emergencia médica durante la participación de mi hija en alguna actividad auspiciada por Girl Scout, entiendo que se realizarán todos los esfuerzos necesarios para contactarme a mí o a la persona contacto designada en la parte inferior de este formulario. En caso de que la salud de mi hija se encuentre en peligro y sea imposible esperar a que se me localice, doy mi autorización para que:

- (1) le administren a mi hija todo el tratamiento médico o quirúrgico que el médico o el hospital, seleccionados por la líder de la tropa de las Girl Scouts, estimen necesarios; y
- (2) le administren inmediatamente los procesos de supervivencia que sean necesarios.

Datos sobre la salud de la niña

La siguiente información será necesaria en caso de que no se tenga al alcance el historial de salud de su hija:

Alergias: _____

Medicamentos que esté ingiriendo la niña: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Impedimentos o incapacidades físicas: _____

Otros datos de importancia que debe saber el médico: _____

Datos sobre el seguro de salud

Compañía: _____ Número de Póliza: _____

Póliza a nombre de: _____

Nombre del padre/encargado:

Nombre de la madre/encargada:

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono (día) _____

Teléfono (día) _____

Teléfono (noche) _____

Teléfono (noche) _____

En caso de que ocurra una emergencia y no puedan comunicarse con nosotros, notifique a:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Día: _____ Teléfono Noche: _____

Doctor/instalación médica de preferencia: _____

Tel (día): _____ Tel (noche): _____

Firma de la madre, del padre o encargado legal (indique quien firma)

Fecha