

CONCILIO DE GIRL SCOUT DE LA CAPITAL DE LA NACIÓN
HISTORIAL DE SALUD (Health History Form)

Nombre de la niña _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

HISTORIAL DE SALUD - Enfermedades y fracturas (marque todos los que apliquen)

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

Información relacionada a enfermedades y fracturas: _____

Alergias (marque todos los que apliquen y especifique)

_____ Animales _____ Medicinas/Drogas _____ Otro (especifique)
 _____ Fiebre de heno (Hay fever) _____ Plantas

Describe los síntomas de la alergia: _____

Otras condiciones de salud (marque todas las que apliquen)

_____ Mojar la cama _____ Condición auditiva _____ Sangrado por la nariz
 _____ Sickle Cell Anemia _____ Régimen dietético especial _____ Uso de lentes de contacto
 _____ Disturbios emocionales _____ Mareos _____ Uso de anteojos
 _____ Desmayos _____ Estreñimiento _____ Dolores menstruales

_____ Otro(especifique): _____

Si señaló alguna de las condiciones de salud, provea información que pueda ser útil a la persona adulta a cargo. También indique alguna actividad que debe restringírsele a su niña. _____

Vacunas

	Año de completada la primera vacuna	Año del último refuerzo
Difteria/Tos Ferina/Tétano (DTP)	_____	_____
Sarampión/Measles	_____	_____
Paperas/Mumps	_____	_____
Polio (oral)	_____	_____
Rubeola/Rubella	_____	_____
Tétano/Tetanus	_____	_____
Tuberculina/Tuberculin Test: Tipo _____	Año de la prueba _____	Resultado _____

Fecha del último examen médico de su niña: _____

¿Detectaron alguna condición médica durante el último examen médico? _____

Actualmente, ¿su hija se encuentra bajo supervisión médica por alguna condición de salud? _____

Desde su último examen médico, su hija ha:

¿tenido alguna fractura/herida que ha requerido tratamiento médico? _____

¿tenido alguna enfermedad que ha durado más de una semana? _____

¿tenido alguna cirugía médica o fractura? _____

¿recibido medicamento de un médico para ser usado regularmente? _____

¿sido hospitalizada o recibido tratamiento médico de emergencia? _____

¿Su hija tiene alguna restricción para participar en alguna actividad física? _____

Por favor, explique cualquiera de estas preguntas que haya respondido con un sí. Indique fechas pertinentes: _____

Madre/Encargada: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Padre/Encargado: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

En caso de emergencia cuando el padre, madre o encargado no estén disponibles, llame a:

1. Nombre _____ Tel. (día) _____ Tel. (noche) _____

2. Nombre _____ Tel. (día) _____ Tel. (noche) _____

Desconozco de otras condiciones médicas, fuera de las indicadas en este formulario, para que mi hija no pueda participar en las actividades llevadas a cabo por las Girl Scouts.

 Firma del padre, madre o encargada/o _____ 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