



Autorización de antecedentes de salud y emergencias médicas para Girl Scout

Este formulario debe completarse anualmente y a medida que ocurran cambios. El cuidador del miembro juvenil debe devolverlo al líder de la tropa y/o al persona encargada de los primeros auxilios para la tropa antes de asistir a la primera reunión de la tropa. Usa papel adicional si es necesario.

Nombre del miembro juvenil: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Número de tropa: _____
 Pronombre: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

El miembro juvenil está bajo la custodia de: Ambos Cuidadores Cuidador 1 Solo Cuidador 2 Solo Otro: _____

Cuidador 1: _____ Dirección (si es diferente al del miembro juvenil): _____
 Correo
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____ Electrónico: _____

Cuidador 2: _____ Dirección (si es diferente al del miembro juvenil): _____
 Correo
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____ Electrónico: _____

EMERGENCY CONTACTS

Nombre : _____ Relación: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____

INFORMACIÓN DE SALUD (Marque todo lo que corresponda y proporcione la información solicitada)

Alergias	Sí	No	Explique las respuestas afirmativas. Incluya el tipo de alergia (por ejemplo, "alergia a los frutos secos" en alimentos)
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plantas/Árboles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Condición	Fechas	Condición	Fechas	Condición	Fechas
<input type="checkbox"/> ADHD/TDAH		<input type="checkbox"/> Infecciones de oído		<input type="checkbox"/> Paperas	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno muscular	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Desmayo		<input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso	
<input type="checkbox"/> Pie de atleta		<input type="checkbox"/> Sarampión alemán		<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista		<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Sinusitis	
<input type="checkbox"/> Enuresis		<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas		<input type="checkbox"/> Enfermedad/Trastorno esquelético	
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico/coagulante		<input type="checkbox"/> Oído		<input type="checkbox"/> Condiciones de la piel	
<input type="checkbox"/> Bronquitis		<input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco/ Enfermedad Cardíaca		<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño/sonambulismo	
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Hipertensión		<input type="checkbox"/> Malestares estomacales	
<input type="checkbox"/> Resfriados/dolores de garganta		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Sarampión		<input type="checkbox"/> Lleva: Contactos Lentes	
<input type="checkbox"/> Convulsiones		<input type="checkbox"/> Mononucleosis		<input type="checkbox"/> Otra: _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Cinetosis		<input type="checkbox"/> Otra: _____	

Explique cualquier necesidad específica o adaptación requerida: _____

Explique cualquier problema conductual y/o emocional conocido: _____

Explique cualquier consejería u hospitalización psiquiátrica: _____

Explique cualquier operación o lesión grave: _____

Explique cualquier discapacidad o enfermedad crónica o recurrente: _____

Explique cualquier actividad que el médico de su miembro juvenil desalienta o limita: _____

Explique cualquier modificación en la dieta: _____

¿Ha comenzado la menstruación? Sí No Si no, sabe la que es? Sí No

Si ha comenzado, ¿es su ciclo menstrual normal? Sí No

Desde el último examen de salud, ¿su miembro juvenil ha tenido:	Sí	No	Explique las respuestas afirmativas. Proporcione detalles y fechas
Una lesión grave que requiere atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Una enfermedad que dura más de una semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un tratamiento hospitalario o en la sala de emergencias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restricciones para participar en alguna actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fecha del último examen de salud: _____ Estatura Actual: _____ Peso Actual: _____

HISTORAL DE INMUNIZACIONES

¿Todas las vacunas están al día? Sí No Si no, indique la(s) razón(es): _____ Fecha de DTP or DT (Tétanos): _____

INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN

¿Se está tomando algún medicamento? Sí No ¿Se utiliza alguno de los siguientes? Inhalador EpiPen

Nombre de la medicación	Motivo de la medicación	Dosificación	Frecuencia

A mi miembro juvenil se le puede dar: Benadryl Ibuprofeno Neosporin Tylenol Nada

ATENCIÓN MÉDICA E INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Médico: _____ Teléfono: _____ Dentista/Ortodoncista: _____ Teléfono: _____

Centro Médico Preferido: _____ Dirección: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza #: _____ Titular de la Póliza _____

Dirección de la Empresa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

* Si por alguna razón no puede firmar este formulario, adjunte una declaración escrita a este formulario. La declaración debe estar firmada para la asistencia/participación.

Este historial de salud es correcto hasta donde yo sé. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades, excepto como se indica. Por la presente, doy permiso a la Persona Encargada de los Primeros Auxilios o al Adulto a Cargo para proporcionar atención médica de rutina y presenciar los medicamentos recetados. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento médico y/o los procedimientos quirúrgicos que se consideren necesarios en caso de una emergencia y para asumir la responsabilidad de los gastos médicos involucrados. Esta autorización se extiende a la participación de mi hijo en cualquier actividad patrocinada por Girl Scouts de los EE.UU., Girl Scouts Nation's Capital o unidades individuales. En caso de que surja una emergencia médica durante la participación de mi hijo en una actividad patrocinada por las Girl Scouts, entiendo que se harán esfuerzos razonables para comunicarse conmigo o con mi suplente designado a los números de teléfono que he proporcionado. Si se cree que la vida o la salud de mi hijo pueden verse afectadas negativamente por la demora que causaría un intento de comunicarse conmigo o con mi suplente designado, doy mi consentimiento para la administración del tratamiento médico y/o procedimiento quirúrgico que el médico y/o el centro médico consideren necesario y la administración inmediata de medidas de soporte vital que se consideren necesarias dadas las circunstancias. Este formulario completado puede ser fotocopiado.

Firma: _____

Fecha: _____