girl scouts river valleys

Formulario de Historial Médico Niña/Adulto

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE CON TINTA.

☐ MIEMBRO NIÑA ☐ MIEMBRO ADULTO

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Tropa #: o Individual ☐	Unidad de Servicio:	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección:	Apt. #:	PO Box:
Ciudad:	Estado: Código Postal:	Teléfono: ( )
Cel: ( )	Correo Electrónico:	
Nombre y dirección del padre o tutor *(si es diferente al de la niña): (Completar para el formulario de la niña solamente)* 1.		Tel: ( ) Cel: ( )
Nombre y dirección del padre o tutor *(si es diferente al de la niña): (Completar para el formulario de la niña solamente)* 2.		Tel: ( ) Cel: ( )

Información de Custodia: ☐ Ambos Padres ☐ Solo la Madre ☐ Solo el Padre ☐ Otro:_____

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del médico de la familia:	Tel: ( )
Compañía del seguro médico:	Número de Póliza o Grupo:
Compañía del seguro dental:	Número de Póliza o Grupo:

Información de Salud: Edad:_____ Fecha de Nacimiento: Mes / Dia / Año / ☐ Las vacunas están al día.

Fecha de última vacuna Tétanos: Mes / Dia / Año /

Fecha del último examen de salud: ¿Hubo algún problema médico en ese momento?

¿Tiene el participante alguna condición física, mental o psicológica que requiera medicación, tratamiento, o restricciones especiales o consideraciones?

☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor indica el medicamento y la razón:_____

¿La participante toma algun medicamento recetado o medicamentos de forma regular?

☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor indica el medicamento y la razón:_____

Hay alguna actividad física en la que la participante no pueda participar por restricción o limiticación?

☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique:_____

Por favor proporcione un registro de los tratamientos médicos pasados, si los hay, incluyendo lesiones o cirugías:

La participante tiene las siguientes condiciones de salud/alergias/restricciones alimenticias (alimentos y medicamentos):

☐ ADHD ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Dolor de Cabeza ☐ Convulsiones ☐ Otro:_____

☐ Alergias (por favor especifica):_____

Contacto de emergencia (no padre ni madre):

Parentesco:	Tel: ( )	Cel: ( )

AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O MADRE

Este formulario de salud está completo y exacto. No tengo motivos, distintos a la información indicada en este formulario, por la cual mi hija/niña no pueda participar en las actividades prescritas, excepto como se indican. En caso de que mi hija/niña necesite atención médica durante su participación en las actividades de las Girl Scouts, autorizo al adulto a cargo de que mi hija/niña reciba la atención médica rutinaria, medicamentos, primeros auxilios razonables y para que mi hija/niña sea transportada a un centro de atención médica para servicios de emergencia según sea necesario.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha:_____

AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO ADULTO

Esta historia de la salud esta completa y exacta. Puedo participar en todas las actividades prescritas, excepto como se indica.

Firma de miembro adulto: _____ Fecha:_____

Padres - favor conservar una copia para el día de campamento, residente y otros programas de campamento de noche.
Líder de Tropa – favor conservar para su archivo.