

# Historia de Salud de Las Girl Scouts



Debe ser completado y firmado por el Padre/Madre/Cuidador

## Información de Girl Scout

Nombre de Girl Scout: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

N.º de unidad de servicio: \_\_\_\_\_ N.º de tropa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

1. Nombre del Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleo: \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

2. Nombre del Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleo: \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia (que no sea el padre/cuidador)

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Relación con Girl Scout: \_\_\_\_\_

Nombre de Girl Scout:

# Historia de Salud de Las Girl Scouts



Debe ser completado y firmado por el Padre/Madre/Cuidador

## Información general de salud

Médico prima: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ N.º de póliza/grupo: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan e indique las fechas correspondientes:

Asma:	Defecto/enfermedad cardíaca:
Trastornos hemorrágicos/de la coagulación:	Hipoglucemia:
Diabetes:	Mareo por movimiento:
Alteraciones emocionales:	Hemorragia nasal:
Desmayos:	Régimen dietético especial:
Discapacidad auditiva:	
Otras enfermedades/heridas crónicas o recurrentes (especifique):	

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_

Desde el último examen, ¿ha tenido la Girl Scout (marque todas las opciones que correspondan)?

¿Herida grave que requiera atención médica?	¿Una enfermedad que dure más de 5 días?
¿Algún medicamento recetado?	¿Una operación quirúrgica o fractura?
¿Tratamiento en un hospital o sala de emergencias?	¿Alguna restricción con respecto a las actividades físicas?

**Explique las respuestas afirmativas a las preguntas anteriores, incluyendo las fechas**

*(utilice hojas adicionales si es necesario)*

# Historia de Salud de Las Girl Scouts



Debe ser completado y firmado por el Padre/Madre/Cuidador

## Historial de enfermedades y vacu

¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido la Girl Scout?

Adjunte el formulario médico o marque las casillas e indique las fechas

Ver el formulario médico adjunto	Paperas:
Sarampión:	Hepatitis A:
Varicela:	Hepatitis B:
Rubéola:	Hepatitis C:

Se requieren las fechas de vacunación. Puede adjuntar el formulario médico. (No se acepta "Al día")

Vacunas	Fechas de la serie primaria	Fecha del último refuerzo	Fecha de la prueba de Mantoux para la tuberculosis:
DTP			Resultados: Pos. Neg.
TD (Tétanos/difteria)			H1N1 Fecha:
Varicela			Influenza Fecha:
Tétano Varicela (Varicela)			
Poliomielitis			<i>Exención de vacunación: El Padre/Madre/Cuidador debe adjuntar el formulario de exención completo: <a href="#">Download Form</a></i>
MMR			
Haemophilus Influenza B			
Hepatitis B			

**Alergias** - indique el tipo y describa la reacción, el plan de acción de emergencia para alergias y la documentación del médico:

## Necesidades de salud:

Usa lentes de contacto/gafas graduadas	Usa identificación médica para:
Usa aparato de ortodoncia o dispositivo ortopédico	Usa una bomba de insulina
Convulsiones: ¿De qué tipo?	Ayudado por:
Lleva auto inyector de epinefrina: Nota del médico adjunta: Sí No	Permiso del Padre/Madre/Cuidador tutor adjunto: Sí No
Otro:	

# Historia de Salud de Las Girl Scouts



Debe ser completado y firmado por el Padre/Madre/Cuidador

## Regla de Privacidad de HIPAA

Autorizo el uso de esta información para promover y supervisar el bienestar durante el campamento y, según sea necesario, la prestación de primeros auxilios/atención de emergencia de la mejor manera posible, de acuerdo con, entre otras, las certificaciones, la capacitación y la disponibilidad. Este historial médico es completo y preciso. No conozco ninguna razón, aparte de la información indicada en este formulario, por la que mi Niña Scout/yo no deba participar en las actividades de la Niña Scout, salvo que se indique lo contrario.

## Autorización Médica de Emergencia

En caso de emergencia y no se me pueda localizar, autorizo al adulto responsable a llevar a mi Niña Scout a un médico colegiado o a un hospital cercano para el tratamiento necesario.

Entiendo que, para dispensar medicamentos, esto no se realizará a menos que él/ella cuente con la autorización por escrito e instrucciones del médico de la niña para dispensar medicamentos con o sin receta (incluyendo vitaminas, suplementos nutricionales, etc.). Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales de farmacia, con la etiqueta de la receta vigente e intacta. No se harán excepciones.

Firma del Padre/Madre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Fech: \_\_\_\_\_