



GIRL SCOUT INFORMACIÓN MÉDICA

Girl Scouts of San Jacinto Council
(ESTE FORMULARIO PUEDE COPIARSE CUANDO ESTÉ COMPLETO. ESCRIBA CLARAMENTE Y USE TINTA NEGRA.)



Nombre de la Niña _____ Tropa/Grupo# _____ Teléfono () _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____
 Fecha de Nacimiento _____ Fecha del último Examen Físico _____
 Nombre del Doctor de la niña y clínica _____ Teléfono () _____
 Padre/Tutor _____ Teléfono () _____ Celular () _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL HOSPITAL: * Incluya una copia de la tarjeta del seguro.

Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Número de la póliza _____
 Nombre del Asegurado _____ Número de membresía _____
 Nombre de la Compañía si está asegurado por medio de su trabajo _____ Teléfono () _____

En caso de emergencia, nombre otras personas que autoricen el tratamiento:

Nombre _____ Teléfono Día () _____ Noche () _____ Parentesco _____
 Nombre _____ Teléfono Día () _____ Noche () _____ Parentesco _____

Parte I

Alergias (Marque aquellas que aplican. Especifique la causa y la reacción – por ejemplo la penicilina causa urticaria).

Animales Plantas Comida Medicina/Drogas _____
 Fiebre del Heno Polen Picaduras de Insectos _____
 Otras _____

En caso de una reacción alérgica, que medicamento puede usar _____

Parte II

Estado de Salud (Marque aquellas que aplican).

Enfermedades crónicas o recurrentes: _____
 Asma Desordenes óseos o musculares Enfermedades del riñón
 Diabetes Enfermedades o defectos del corazón Hipertensión
 Desmayos Sangrado / Desorden de Coagulación Infección de los oídos
 Otras: _____

En el último año: (Responda SÍ o NO)

Complicaciones médicas / cirugías? _____ Lesiones serias / Enfermedades de cuidado médico _____

Explique: _____

Instrucciones específicas / TRATAMIENTOS ACTUALES: _____

Parte III

Otras condiciones de salud (Marque aquellas que aplican).

Desordenes del sueño Dificultades de movimiento Constipación/diarrea Incontinencia
 Hepatitis A/B/C (marcar) Complicaciones menstruales Anemia ADHD / ADD
 Desordenes emocionales Problemas auditivos Régimen o dieta Desmayos
 Incapacidades físicas Dolor de cabeza frecuente Lentes de contacto / Lentes Hemorragia nasal
 Aparatos de ortodoncia Desórdenes alimenticios
 Otras (especificar): _____

Por favor explique. Indique cualquier información conocida por los familiares en relación con alguna de las condiciones de salud indicadas arriba. Indique si alguna actividad debe ser restringida o recomendada. _____

Necesidades alimenticias / Restricciones: _____

Parte IV

Vacunas / Historia de Enfermedades (Favor adjuntar una copia del récord de vacunas de la niña).			
<u>Vacunas</u>	<u>Año de la primera dosis</u>	<u>Año de la última Vacuna</u>	<u>Ha tenido la enfermedad</u>
D.T.P.			
Difteria			
Pertussis (tos ferina)			
Tétanos			
TD Tétanos y Difteria			
Sarampión			
Paperas			
Rubéola			
Varicela			
Polio			
Hib			
Hepatitis B			
Tuberculosis (resultado reciente)			
Otros			

Lista de las medicinas que mi hija debe tomar rutinariamente con la supervisión del líder o la enfermera. (Adjunte una lista si es necesario).		
Medicina:	Dosis:	Cada cuándo:

Nombre de la niña: ----- puede administrarse ella misma:

- Epi-pen por favor especifique la dosis y la frecuencia _____
- Inhalador bronquial por favor especifique la dosis y la frecuencia _____
- Medicación diabética por favor especifique la dosis y la frecuencia _____

Acerca de los medicamentos sin receta:

Ella puede: _____
 Ella **no** puede: _____

Autorización de los Padres/Tutor: Este historial médico es correcto y la persona aquí descrita tiene permiso para comprometerse en todas las actividades planeadas, excepto aquellas excluidas por el médico o por nosotros.

PERMISO PARA EL TRANSPORTE: Autorizo a que mi hija sea transportada en un vehículo de emergencia a las instalaciones médicas apropiadas, cuidado médico pre-hospitalario, todos los servicios médicos, quirúrgicos y / o dentales necesarios para el beneficio / seguridad / bienestar de mi hija. No tengo la intención de responsabilizar a las Girl Scouts of San Jacinto Council de cualquier accidente, muerte o daño que sea el resultado de dicho transporte.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Por el presente autorizo al médico seleccionado (por el coordinador del viaje o líder encargado) para ordenar rayos X, exámenes de rutina y tratamiento de salud para mi hija, en caso que no me puedan localizar para una emergencia. Doy mi permiso al médico seleccionado para hospitalizar, dar el tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, anestesia y /o cirugía para mi hija.

La información incluida en el presente se puede dar al personal de voluntarios responsable de esta actividad, incluido en forma enunciativa mas no limitativa, a las líderes de tropa o grupo, conductores, personal médico, etc.

Mi firma en este documento confirma que toda la información es correcta a mi leal saber y entender y que estoy autorizado para llenar el formulario.			
Firma del Padre/Tutor	Nombre completo de la Niña	Parentesco	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del Padre/Tutor	Teléfono Día () _____	Noche () _____	Celular () _____
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Zona postal
_____	_____	_____	_____