

GIRL SCOUT HISTORIA DE SALUD

La líder de la tropa debe retener una copia de la forma Historia De Salud para cada miembro y mantener la información CONFIDENCIAL. Los adultos completando esta forma pueden firmar en el espacio para Padre/Guardián. Entregue esta forma antes o el día del evento. LOS PARTICIPANTES NO PODRAN ASISTIR SIN ESTE FORMULARIO COMPLETADO.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: Apellido	Primero	Segundo	Fecha de Nacimiento	Edad
Domicilio			Ciudad/estado/código postal	
			Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Padre/Guardián	Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular		
Segundo Padre/Guardián	Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular		
Domicilio	Ciudad/estado/código postal			

En caso de emergencia, si no podemos localizar a los padres, por favor llame a la gente siguiente: (Participantes adultos, favor de listar contactos de emergencia aquí)

Nombre	Número de teléfono	Relación
Nombre	Número de teléfono	Relación

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del médico _____ Nombre de la clínica _____ Numero de teléfono (____) _____

Tiene el participante seguro médico Sí ☐ No ☐ Si contestó que sí, por favor liste el nombre del plan : _____

Por favor conteste estas preguntas completamente. Use el otro lado de esta página si necesita más campo.

¿El participante tiene alguna preocupación de salud de que debemos ser conscientes? Si contesto que si, por favor proporcione información importante como que síntomas debemos buscar o las necesidades de atención.

¿El participante tiene alguna alergia? Si contesto que si, por favor explique las causa, reacción, y como deben tratarlo.

¿El participante tiene algunas necesidades dietéticas o restricciones? Si es así, por favor describa.

¿El participante toma medicamentos? Si los medicamentos deben ser distribuidos en el evento, por favor déjelos con la líder de la tropa o miembro del personal con una nota dando permiso e instrucciones específicas.

¿El participante esta al día con las vacunas básicas? Sí ☐ No ☐

¿El participante ha tenido una vacuna contra el tétano reciente? Sí ☐ No ☐ Si contestó que sí, por favor liste la fecha: _____

¿Tiene el participante preocupaciones emocionales, psicológico, problemas con el comportamiento de que debemos ser conscientes? Si es así, por favor liste información relevante sobre cómo podemos apoyar estas necesidades.

IMPORTANTE – FIRMA REQUERIDA PARA LA ASISTENCIA

Autorización del padre o tutor: Esta historia de salud esta correcta y completa que yo sepa y la persona que se describe en continuación tiene permiso a participar en todas las actividades, excepto como se señala. Doy permiso a las Girl Scouts of the Northwestern Great Lakes, Inc. de proporcionar atención medica rutinaria, administrar medicamentos prescritos, y conseguir tratamiento médico de emergencia incluyendo ordenar rayos X o pruebas rutinias. Estoy de acuerdo con el lanzamiento de todos los registros necesarios para propósitos de seguros. Doy permiso a las Girl Scouts of the Northwestern Great Lakes, Inc. para organizar el transporte necesario para mí o mi hija. En el caso de que no se pueda comunicar conmigo en casos de emergencia, doy permiso a el medico escogido por las Girl Scouts of the Northwestern Great Lakes, Inc. para que se le de tratamiento, incluso hospitalización, para la persona nombrada. Este formulario completo se puede copiar para uso en paseos y todas actividades.

Forma del Padre/Tutor o Participante Adulto

Fecha