

Formulario de salud y permiso para paseos anuales

Del 1 de octubre de 20__ al 30 septiembre de 20__

Es necesario que el padre/tutor complete este formulario en el momento de la inscripción y lo entregue al líder de la tropa. Por favor escriba con letra de molde. La información de este lado es confidencial y es compartida sólo con los que están a cargo de la niña o de quienes le estén ayudando, como personal de primeros auxilios.

Nombre de la niña:	Teléfono: ()	Nombre y teléfono del médico familiar ()
Compañía del seguro médico/hospital de la familia:	Número de póliza/grupo:	Nombre y teléfono del dentista familiar ()

Fecha del último examen de salud: _____ ¿Su niña tiene alguna restricción? Si es sí escriba cuales: _____

Marque todas las que correspondan y explique en detalle todas las respuestas que marcó:

- Restricciones físicas Asma Enfermedad hemorrágica/coágulos sanguíneos Diabetes Discapacidad de la vista, oído o habla
 Defecto o enfermedad cardíaca Convulsiones/Epilepsia ADD/ADHD (Trastorno por déficit de atención) Dolores de cabeza/Migrañas
 Infecciones nasales Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, etc.) Sangrado de la nariz Calambres menstruales Perturbaciones del sueño/sonambulismo Dificultades emocionales que requieren ayuda profesional Trastornos neurológicos o de comportamiento Ha tenido cirugía o estuvo internada en los últimos 5 años
 Otro (explique aquí) _____ Otro (explique aquí) _____

Por favor explique en detalle todas las respuestas que marcó arriba (para la diabetes o asma, adjunte una hoja que explique el tratamiento en detalle. Para el asma, incluya la frecuencia de ataques, qué lo provoca, plan de acción, flujo espiratorio máximo, etc.)

Aparatos auxiliares:

- Lentes/lentes de contacto Aparato auditivo Otro (explique aquí) _____

Alergias — por favor escriba la manera de riesgo (ingestión/inhalación/toque), reacción y tratamiento como corresponde:

- Animales _____ Comida _____
 Fiebre del heno/plantas/polen _____ Picadura de insecto _____
 Medicamentos/drogas _____ Otro _____

Restricciones alimenticias — describa cualquier dieta o alimentos que NO puede comer _____

Historia de las vacunas:

Afirmo que mi hija/dependiente tiene las vacunas obligatorias por escuelas públicas en Missouri y Kansas.

La vacuna contra el tétano es obligatoria y tiene que haberla recibido dentro de los últimos 10 años.

- Sí No Fecha de su última vacuna contra el tétano/DPT: _____ (DPT- Difteria, Tos Ferina y Tétano)

Medicamentos necesarios o restringidos:

- o ¿Su hija necesita aparatos especiales o cualquier medicamento como los siguientes: inhalador, auto-inyector de epinefrina, ¿insulina u otro cuidado especial durante su participación con las actividades de su tropa o individualmente? (Escriba "Ninguno" si no hay ninguno)

- o Proveeré los siguientes medicamentos para mi hija/dependiente. Entiendo que todos los medicamentos tienen que estar en su envase original, no estar vencidos y tener instrucciones escritas. Los medicamentos con receta tienen que incluir las instrucciones del médico. (Escriba "Ninguno" si no hay ninguno) _____
- o Administración de medicamentos sin receta (como acetaminofén, ibuprofeno, difenhidramina, etc.) está autorizada con éstas excepciones:

En caso de emergencia que involucre a mi hija, entiendo que el líder adulto o el médico harán el esfuerzo de contactar a la persona nombrada como el contacto de emergencia. En caso que ésta persona no esté disponible, yo doy mi autorización al líder a cargo para proveer y buscar atención médica con un proveedor médico seleccionado por el líder adulto encargado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos. Los proveedores médicos están autorizados a compartir el historial médico protegido con el adulto a cargo. Información médica confidencial (PHI/CHI por sus siglas en inglés) se regula bajo los estándares para privacidad de la información de salud individualmente identificable (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information), 45 CFR § 160.103.164.501, etc. seq., según se modifique de vez en cuando, incluye los resultados del examen, resultados de las pruebas, y el tratamiento provisto para el propósito de una evaluación médica de la participante, seguimiento y comunicación con los padres/tutor, y/o determinación de la habilidad de la participante para continuar en las actividades del programa.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Complete el formulario de permiso anual al reverso.

Dirija cualquier pregunta sobre este formulario al líder de la tropa o a customercare@gkskmo.org.

Permiso Anual

Favor de escribir con letra de molde. Es necesario que los padres/tutores llenen este formulario para todas las niñas. La información de este formulario puede ser compartida con voluntarios de Girl Scouts, cuando sea necesario.

Nombre y apellido de niña:	Número de la tropa:	Fecha de nacimiento:	Nombre de escuela durante este año:	Grado:
Dirección:		Teléfono de la niña, si tiene ()		Email de la niña si tiene
Nombre y apellido del padre/tutor 1		Teléfono del padre/tutor 1 ()		Email del padre/tutor 1
Dirección, si es distinta a la de la niña:				Relación con la niña (madre, tía, etc.)
Nombre y apellido del padre/tutor 2		Teléfono del padre/tutor 2 ()		Email del padre/tutor 2
Dirección, si es distinta de la de la niña:				Relación con la niña (padre, tío, etc.)
¿Hay alguna razón por la cual tu hija no debe de ser entregada a uno de los padres o tutores? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si hay, describe por favor:				
Nombre de una persona responsable, que no sea la que indicó anteriormente, para contactar en caso de emergencia		Teléfono de la persona responsable ()		Email de la persona responsable:
Información de contacto de cualquiera de las personas nombradas arriba:				
¿Su hija tiene permiso caminar sin compañía después de las reuniones o actividades de Girl Scouts? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Hay otras personas quienes pueden recoger a su hija después de una reunión? (ejemplo: vecina, una amiga, niñera, abuelos) Nombre _____ Relación _____		

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	Entiendo que tengo la responsabilidad de asegurar que mi hija está preparada para participar en las actividades determinadas por el líder. Esto puede incluir, entre otros, a los pagos de cuotas y asistir a cualquier reunión de preparación. También, entiendo que tengo la responsabilidad de asegurar que mi hija se comporte de manera apropiada durante estas actividades. Además, yo entiendo que si el líder u otro adulto a cargo cree que mi hija no se está comportando adecuadamente es posible que me pidan que recoja a mi hija más temprano asumiendo los gastos por mi propia cuenta y es la decisión del líder para reembolsar o no los gastos pagados por la actividad. Entiendo que si mi hija parece estar enferma cuando llega a una actividad o se enferma durante la actividad, se me pedirá que recoja a mi hija más temprano asumiendo los gastos por mi propia cuenta, y es la decisión del líder para reembolsar o no los gastos pagados por la actividad.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	Yo autorizo que mi hija participe en todas las actividades en las que la tropa pudiera participar con la excepción de cualquier actividad que yo haya resaltado como restringida al reverso de este formulario y las actividades de alto riesgo (las cuales tienen un formulario de permiso por separado) después de que el líder de la tropa complete la solicitud para hacer una actividad o viaje Activity/Trip Application y reciba la autorización del concilio de Girl Scouts. Es necesario informar con anticipación a los padres/tutores sobre los detalles de la actividad o paseo, incluso cuando se utiliza el formulario de permiso anual. Yo entiendo que los líderes de tropa comunicarán los detalles con las familias a través de: <input type="checkbox"/> Volunteer Toolkit <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> otro (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	Permiso para usar fotografías: Yo doy mi permiso para que los videos, fotografías, imágenes electrónicas y/o grabaciones de audio de mi hija/dependiente puedan ser utilizados por nuestra tropa y/o Girl Scouts para propósitos de relaciones públicas y publicidad. Yo entiendo que su nombre, la inicial de su apellido y ciudad de residencia pueden ser usados en los medios de comunicación del Concilio de Girl Scouts.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	<u>Solo para las actividades de Alta Aventura</u> (ejemplos: escalar, arco y flecha, etc.): Yo entiendo que, durante las actividades de alta aventura, apropiadas por la edad, mi hija estará expuesta a un riesgo mayor de lastimarse. Yo entiendo que tengo la responsabilidad de comunicarle al líder y los adultos a cargo sobre cualquier necesidad que mi hija pueda tener con respecto a estas actividades. Yo sostengo de acuerdo a mi conocimiento, que mi hija tiene la madurez, las habilidades requeridas y las capacidades físicas para participar en estas actividades.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	<u>Solo para las actividades con Temas Delicados:</u> Yo entiendo que, durante las actividades con temas delicados, mi hija estará expuesta a temas y debates que son o podrían tener características sensibles o controversiales. Yo entiendo que tengo la responsabilidad de comunicarle al líder o los adultos a cargo sobre cualquier necesidad que mi hija pueda tener con respecto a estas actividades. Yo estoy segura de su madurez y capacidad para participar.

Adaptaciones especiales: Mi hija/dependiente requiere de las siguientes adaptaciones especiales para tener más éxito. (Escriba "Ninguno" si no hay ninguno)

Acuerdo de los padres: Yo he leído y entiendo éste formulario de permiso anual para los padres/tutores. Yo puedo cambiar o revocar cualquier aspecto de este acuerdo en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito, al líder de la tropa/grupo. Yo desconozco de alguna razón o motivo en el que mi hija/dependiente no pueda participar en actividades prescritas, excepto como se indica en el formulario del historial de salud (véase al reverso).

Reconozco y comprendo los peligros y riesgos relacionados con los programas y actividades, en nombre de mi hija/dependiente, por la presente libero y renuncio total y completamente a todas y cada una de las reclamaciones por lesiones personales, muerte o pérdida que puedan surgir en contra de Girl Scouts de NE Kansas y NW Missouri, los coordinadores de actividades, todo el personal, voluntarios y grupos u organizaciones asociados con cualquier programa o actividad.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____