



Girl Scouts of NE KS & NW MO
 8383 Blue Parkway, KC, MO 64133
 816-358-8750 Fax 816-358-5714
www.girlscoutsksmo.org "

**Leaders: For assistance on translation
 once form is returned to you, please email
 form to Lisa Pena lpena@gksmo.org

Formulario de Salud para Girl Scouts

Es necesario que el padre/tutor complete este formulario anualmente y lo entregue a la líder de la tropa o llenarlo dentro de 2 meses de una actividad de Girl Scouts que dure 2 noches o menos.

La información en este formulario sirve para ayudarnos a identificar el cuidado apropiado para su hija durante el programa de Girl Scouts. Cualquier cambio a este formulario se puede hacer cuando la participante llegue. Favor de proveer información completa para que el personal de salud pueda estar consciente de las necesidades de su hija.

Historial Médico

Por favor escriba claramente.

Nombre: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: (XX/XX/XXXX)	Sexo: M F
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono:	Teléfono de noche/celular:	Edad en el campamento

1. Información del padre/tutor

Campista vive con esta persona

Sí

No

Nombre:	Relación con la campista:
Teléfono de día:	Teléfono de noche/ celular

2. Información del padre/tutor

Campista vive con esta persona

Sí

No

Nombre:	Relación con la campista:
Teléfono de día:	Teléfono de noche/ celular

3. Información del contacto de emergencia

Contacto de emergencia:	Relación con la campista:
Teléfono:	Teléfono alternativo:

Marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/> Restricciones físicas	<input type="checkbox"/> Desmayarse
<input type="checkbox"/> Asma o fiebre de heno (alergia al polen)	<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Discapacidad de la vista, oído o habla
<input type="checkbox"/> Lesión reciente, enfermedad o infección contagiosa	<input type="checkbox"/> Problemas con la piel (comezón, erupción, acné)
<input type="checkbox"/> Enfermedades o infecciones de los oídos	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza /migraña
<input type="checkbox"/> Infecciones nasales	<input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, etc.)
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón o vejiga	<input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz
<input type="checkbox"/> Dificultades emocionales que requieren ayuda profesional	<input type="checkbox"/> Calambres menstruales
<input type="checkbox"/> Perturbaciones del sueño/sonambulismo	<input type="checkbox"/> Ha tenido cirugía o estuvo interna en los último 5 años
<input type="checkbox"/> Mojar la cama	<input type="checkbox"/> Otro: _____

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

Alergias: Por favor escriba todas las alergias, el tipo de reacción y su gravedad, tratamiento y la fecha de la última reacción. Incluya alergias a medicamentos, comida, insectos, animales, plantas, etc.

Alergias	Reacción/ Severidad	Tratamiento	Fecha de la última reacción
1.			
2.			
3.			

¿Sufre la niña de anafilaxia? **Sí** **No**
 * Anafilaxia es una reacción severa alérgica marcada por hinchazón de la garganta o lengua, urticaria y problemas con la respiración.
 ¿La niña lleva un Epipen? **Sí** **No**
 ¿La niña lleva un inhalador? **Sí** **No**

Condiciones médicas (incluyendo precauciones y restricciones en actividades)

Nombre de la condición	Precauciones/Restricciones
1.	
2.	
3.	

Medicamentos: Escriba cualquier medicamento tomado, incluyendo el horario de la dosis e instrucciones específicas para su uso.

Medicamentos	Propósito	Horario de la dosis	Instrucciones específicas
1.			
2.			

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono (____)

Nombre del dentista/ortodoncista de familia: _____ Teléfono (____)

Mi hija nombrada en este formulario tiene permiso para participar en todas las actividades, incluyendo excursiones dentro y fuera de la ubicación principal relacionada al programa. He leído la información del programa provista; lo entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los procedimientos.

El historial de salud de mi hija es correcto y completo, a mi conocimiento. Yo doy mi autorización a Girl Scouts para proveer y buscar atención médica de rutina, administrar medicamentos prescritos y tratamiento de emergencia para mi hija, como sea necesario, incluyendo, pero no limitado a radiografías, exámenes de rutina o tratamiento, y/u hospitalización. Además, doy permiso a Girl Scouts para coordinar el transporte necesario. Estoy de acuerdo de hacer disponible cualquier documento medico necesario para el propósito del tratamiento, referencia, facturación y seguro médico.

Autorizo que los representativos apropiados de Girl Scouts actúen en lugar de los padres como "representativos personales" para el propósito de divulgar información de salud protegida por las regulaciones de la Ley HIPAA de prácticas de confidencialidad (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996). Yo estoy de acuerdo (de conformidad con 45 CFR § 164.510 (b)) de hacer disponible a los representantes del campamento de Girl Scouts la información protegida de la salud de mi hija, según sea necesario: (1.) proveer información relevante a los representantes de Girl scouts relacionado con la capacidad de la persona a participar en las actividades y (2.) en el caso de menores de edad, proveer información relevante a los representantes de Girl Scouts para mantenerme informado del estado de salud de mi hija. Yo autorizo cualquier hospital, medico, profesionales de salud, clínica u otra facilidad médica relacionada proporcionen toda la información correspondiente a los registros médicos y dentales de mi hija a la compañía de seguro, Mutual Omaha Insurance Company, para el propósito de evaluar las reclamaciones de seguro para beneficios. Tengo el derecho de recibir una copia de esta reclamación, si la solicito.

En el caso de que yo no pueda ser localizado durante una emergencia, doy permiso al médico seleccionado por Girl Scouts para administrar el tratamiento, incluyendo hospitalización y/o inyección y/o anestesia y/o cirugía para la persona mencionada arriba. Este formulario completado puede ser fotocopiado y usado para excursiones fuera del lugar principal del campamento

Firma del padre/tutor _____

Nombre impreso _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____