



HISTORIA DE SALUD PARA MENORES Y ADULTOS

Esta forma de salud debe ser llenada y firmada por los
padres/tutores de niñas scouts o por las mismas adultas scouts

Nombre completo:	Fecha de nacimiento: Edad:
Domicilio:	Número de tropa:
Padre/Madre o Tutor:	Teléfono de la casa:
Domicilio (si es diferente de el de la niña):	Teléfono celular o beeper:
Dirección del trabajo:	Teléfono del trabajo:

En caso de emergencia llamar a: _____ al _____
(Nombre & Parentesco) (Número de teléfono)

Si el primer contacto no esta disponible llamar a: _____ al _____
(Nombre & Parentesco) (Número de teléfono)

Médico de la familia: _____ al _____
(Nombre) (Número de teléfono)

Nombre del seguro de salud: _____ Número de teléfono: _____

Nombre titular en su plan de salud: _____ Números de póliza/ grupo del seguro: _____

Sección I: Enfermedades y lesiones (marque aquellas que son aplicables a la participante)

Enfermedades crónicas o preexistentes

Infección de oídos Hemorragias/problemas de coagulación Hipertensión Asma
 Enfermedades del corazón Problemas oseomusculares Convulsiones Diabetes
 Otro (especifique & explique) _____

Fecha del último exámen médico: _____ ¿Hubieron circunstancias o complicaciones médicas en este exámen que necesitaron un continuo chequeo posterior? Explique: _____

¿Se encuentra la participante bajo los cuidados de un medico o psicólogo? _____

Después del último exámen, la participante ha tenido:

¿Un accidente o condición que necesitase de asistencia médica? _____
 ¿Una enfermedad que durase más de cinco dias? _____ ¿Ha sido expuesta a alguna enfermedad contagiosa? _____
 ¿Ha tenido una operación quirúrgica o fractura de huesos? _____
 ¿Ha sido tratada en un hospital, clínica, o sala de emergencia? _____ ¿En qué actividades no podrá participar? _____
 ¿Toma la participante medicinas con y/o sin receta médica? _____ ¿Ha estado tomándolas recientemente? _____

Por favor explique los items que haya marcado como aplicables. Adjunte otra hoja de papel si fuese necesario. Sea lo más específica possible. Incluya fechas, dosis de medicina, etc:

Sección II: Alergias (marque aquellas que son aplicables a la participante y especifique el tipo de reacción alérgica manifestante en el espacio dado)

Animales Fiebre de heno Polen Comidas Plantas Picaduras de insectos
 Medicinas/remedios _____ ¿Se encuentra la participante tomando medicinas para la alergia?
 Otro (especifique) _____

******Explique items que haya marcado aplicables. Por favor especifique el tipo de reacción y síntomas manifestantes de cada caso, así como también el tratamiento a brindar en caso de suceder la reacción alérgica:**

Sección III: Otras condiciones que afectan la salud de la participante (marque aquellas que son aplicables y explique en el espacio dado)

Mojar la cama Problemas emocionales Estreñimiento Desmayos
 Dolores menstruales Mareos Hearing impairment Hemorragias nasales
 Problemas de sueño Restricciones alimenticias Anteojos/lentes de contacto Anemia
 Otro (especifique) _____

******Explique items que haya marcado aplicables:**

Sección IV: Vacunación– Por favor provéanos con una copia de su historial de vacunación más reciente.

Puede incluir una copia de los records de vacunas escolares a través de su médico o clínica local.

Sección V: Medicinas que no requieren receta médica

Puede utilizar este espacio para especificar las medicinas sin receta que su niña puede tomar si fuese necesario. Por favor indique dosis correcta. Únicamente el adulto con entrenamiento en primeros auxilios u otro adulto tendrán permiso para suministrar la medicina aconsejada por usted (padre/madre o tutor). Si su hija debiese tomar medicina durante las actividades de las Girl Scouts, la misma deberá ser adjunta a una nota con instrucciones de dosis y entregada al adulto con entrenamiento en primeros auxilios u otro adulto a cargo de la actividad. Las únicas excepciones a esta norma serán el uso de inhaladores PRN o epi-kits que su hija sabría utilizar previamente (los adultos con entrenamiento de primeros auxilios y otros adultos a cargo de actividades deberán conocer de la existencia de estos items).

PARA PARTICIPANTES QUE SON MENORES DE EDAD

Esta historia de salud esta completa y correcta. No conozco razón(es), fuera de las incluidas en esta forma, por las que mi hija no podría participar en actividades asignadas a excepción de las ya mencionadas. Si esta información cambiase durante el transcurso del año en las Girl Scout, yo se lo comunicaré a la líder de la tropa por escrito. Yo entiendo que esta información es confidencial para la tropa/grupo/líderes de programas, personas entrenadas para primeros auxilios, y/o personal de emergencia si fuese necesario.

(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha de hoy)

PARA PARTICIPANTES ADULTAS

Esta historia de salud esta completa y correcta. Soy capaz de participar en actividades asignadas a excepción de las ya mencionadas. Si esta información cambiase durante el transcurso del año en las Girl Scout, yo se lo comunicaré a la líder de la tropa por escrito. Yo entiendo que esta información es confidencial para la tropa/grupo/líderes de programas, personas entrenadas para primeros auxilios, y/o personal de emergencia si fuese necesario.

(Firma del participante adulto)

(Fecha de hoy)
