



# HISTORIAL MEDICO & INFORMACION DE AUTOMOVIL

2010-2011

Esta forma debe de ser completada por los padres para cada niña que se inscribe (por favor escriba en letra de molde).

|   |                     |                     |               |  |
|---|---------------------|---------------------|---------------|--|
| Nombre de niña: Primero                           |                     | Segundo             | Apellido      |  |
| Fecha de nacimiento                               |                     | # de Tropa/Grupo    |               |  |
| Nombre de madre/tutor                             |                     | Firme               |               |  |
| Dirección<br>( )                                  | Ciudad              | Estado              | Código Postal |  |
| Teléfono  | Teléfono de celular |                     |               |  |
| Nombre de padre/tutor                             |                     | Firme               |               |  |
| Dirección<br>( )                                  | Ciudad              | Estado              | Código Postal |  |
| Teléfono  | Teléfono de celular |                     |               |  |
| Contacto de emergencia "que no sea Padre":<br>( ) |                     | Teléfono de celular |               |  |

### Historial Medico de la Niña

|   |  |
|---|--|
| Información de seguro medic, Compañía   | # de Poliza  |
| ¿El registro de vacunas de su hija esta al dia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | Fecha de la ultima Cacuna contra el Tétanus: ..... |
| Indique lo que aplica: <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desangramiento de la nariz <input type="checkbox"/> Disturbios del Sueño <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama |  |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Disturbios Emocionales <input type="checkbox"/> Otro .....   |  |
| Indique cualquier Alergia: (i.e. penicilina, comida, etc.): .....   |  |
| Por favor indique cualquier otra condicion medica, fisica o emocional de la cual el adulto encargado necesite estar enterado (i.e.condicion cronica, discapacidades, problemas de comportamiento, medicamentos, etc.): .....            |  |

**TOME NOTA:** Todo medicamento debe de estar en su envase original, con el nombre completo de la niña, la dosis y la frecuencia claramente escrita en la etiqueta.

### Información De Automovil

Cualquier persona que sea transportada en un vehiculo privado debe de llevar puesto su cinturon de seguridad. Todos los vehiculos deberan de tener el minimo de cobertura de seguro que requiere el Estado de California. El chofer debe de ser un adulto con una licencia de conducir valida para el vehiculo que esta manejando.

- Tengo y mentendre seguro de automovil por la cantidad requerida por ley y puedo presentar comprobante cuando se me pida.
- Yo/nosotros, por medio de la presente, autorizamos a nuestra hija a viajar en un vehículo conducido por una persona adulta, o con un menor de edad, en caso de emergencia, con licencia de conducir, en un vehículo que tenga una póliza de seguro, por la cantidad mínima requerida por la ley del Estado de California, para toda las actividades de las "Girl Scouts".

### Políticas Y Procedimientos Del Concilio

- Los abajo firmantes, autorizamos a los funcionarios, lideres o agentes de Girl Scouts of Greater Los Angeles para dar consentimiento a cualquier examen de rayos-X, anestesia, tratamiento medico o quirurgico, y cuidado hospitalario a la menor nombrada bajo la supervisión general o especializada y bajo el consejo de un medico o cirujano titulado bajo las provisones de l Acta de Practica Medica, o de dar consentimiento a cualquier examen de rayos-X, anestesia, tratamiento dental o diagnostico quirurgico, y cuidado hospitalario a la menor nombrada por un dentista titulado bajo las provisiones del Acta de Practica Dental. Ademas se comprende que el permiso otorgado a los funcionarios, lideres o agentes de Girl Scouts of Greater Los Angeles de obtener y adminstrar tal ayuda medica o asistencia, tal como en su juicio, puede ser requerido para el cuidado inmediato de su hija. En el evento de tal ayuda a, Girl Scouts of Greater Los Angeles, sus funcionarios, lideres y agentes no se les considerara responsables por cualquier tratamiento de primeros auxilios o cuidado hospitalario prestado, o drogas, medicina o procedimiento quirúrgico realizado de acuerdo a este consentimiento. Este consentimiento sustituye todo consentimiento anterior.
- Si no autoriza cuidado o tratamiento como se a estipulado, describa en detalle que es lo que permite o no permite y firme abajo:

.....

.....

Firma de Padre/Tutor

Fecha