

INFORMACIÓN DE SALUD Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN

NÚMERO DE EMERGENCIAS: (877)423-5722

Para ser completado y revisado anualmente por el padre/tutor. Este formulario debe mantenerse con los registros de tropa/grupo y acompañar al líder de tropa/grupo en todas las actividades de tropa/grupo. Está diseñada para proporcionar a la tropa/líder de grupo la información necesaria para acceder a la atención médica para su niña. Debe revisarse y actualizarse (según sea necesario) cuando cambie la información.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de teléfono: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # de Tropa/Grupo: _____

PARTE I: INFORMACIÓN Y LIBERACIÓN DE PADRES/TUTORES

La Girl Scout de arriba está bajo el cuidado de custodia de:

☐ ambos padres ☐ solo madre ☐ solo padre ☐ Tutor(es) (especifique) _____

Nombre de la madre/tutora: _____

Domicilio (si es diferente a la de la niña): _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Domicilio (si es diferente a la de la niña): _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

PARTE II: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y LIBERACIÓN DE EMERGENCIA

En el caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, los siguientes están autorizados a actuar en mi nombre.

Nombre: _____ Relación hacia la niña: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

Nombre: _____ Relación hacia la niña: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

PARTE III: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

¿Está la niña cubierta por el seguro médico/hospitalario familiar? ☐ Sí ☐ No

Si es así, nombre del plan o compañía de seguros: _____ # de Póliza o grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación hacia la niña: _____

HISTORIA MÉDICA (marque las que correspondan)

☐ Asma provocado por: _____	☐ Diabetes ☐ Epilepsia	☐ Desmayo ☐ Intolerancia a la lactosa ☐ Etiquetas/Dispositivos Médicos	☐ Hemorragias nasales ☐ Convulsiones ☐ Condición de piel	☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad visual ☐ Usa lentes de contacto
☐ Tiene un inhalador prescrito				

Información de salud adicional, incluyendo **discapacidades y/o necesidades especiales** (médicas, físicas, emocionales, etc.) Por favor especifica:

HISTORIA DE VACUNAS (marque las que correspondan)

☐ Tétanos (dentro de los últimos 10 años) Fecha: _____	☐ Los registros de inmunización están actualizados ☐ N/A
--	---

HISTORIA DE ALERGIAS (marque las que correspondan)

☐ Animales ☐ Cloro (piscina)	☐ Polen ☐ Otro _____	☐ Picaduras de insectos _____	☐ Plantas _____	☐ Medicina/Drogas _____
---	---	---	---	---

COMIDA: Por favor, enumere todo lo que debemos tener en cuenta.

Indique si es **intolerante (I)** o **alérgica (A)**. Ex. Fresas **A**, Leche **I**

☐ Elote _____	☐ Gluten/Trigo _____	<u>Las otras alergias alimentarias a tener en cuenta son:</u> ☐ Frutas/verduras _____ _____ _____
☐ Productos lácteos _____	☐ Cacahuete _____	
☐ Huevos _____	☐ Mariscos _____	
☐ Pescado _____	☐ Soya _____	
☐ Colorante alimenticio _____	☐ Nueces de árbol _____	

☐ Inhalador o epinefrina utilizada (se agregará a la forma de medicina)	☐ Necesidades dietéticas especiales
--	---

Si se marcó alguna casilla de alergia, indique cual es la reacción. Tales como: fresas/erupción, leché/calambre, etc.

PARTE IV: MEDICAMENTOS (Solo para salidas de día o sobrenoches). Los líderes de Girl Scouts no pueden administrar medicamentos de venta libre, como bloqueador solar, repelente de insectos, analgésicos, pomadas antibióticas, toallitas antisépticas, etc., a menos que el padre/tutor haya completado y firmado el formulario de medicamentos sin receta/venta libre (OTC – Over-the-Counter). Además, si se requiere que una Girl Scout lleve o regularmente reciba medicamentos recetados o de venta libre (incluidos los Epi-Pens e Inhaladores) que proporcionará un padre / tutor, que debe anotarse en la Prescripción provista y / o También se proporcionó un formulario de medicamentos de venta libre.

- ☐ Permiso otorgado (ver formulario de permiso de medicamentos sin receta/venta libre (OTC – Over-the-Counter)).
- ☐ Permiso no otorgado (no se adjunta ningún formulario)

PARTE V: AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: En el caso de una emergencia, se hará todo lo posible para contactar a un padre / tutor o un contacto de emergencia. Por la presente autorizo a Girl Scouts of Greater Los Angeles a buscar tratamiento para mi hijo y / o menor dependiente por un médico con licencia de conformidad con la Sección 6910 del Código de Familia de California y la Sección 25.8 del Código Civil de California. No conozco ninguna razón por la que mi niña no pueda participar en las actividades prescritas, excepto lo que se indica en este Formulario de historial médico. Si no se otorga el permiso para recibir tratamiento médico de emergencia, prepararé una declaración firmada que indique el motivo, una exención de responsabilidad e instrucciones alternativas y las adjuntaré a este formulario.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

- ☐ **No doy mi consentimiento para la atención o los tratamientos aquí establecidos. Describa en detalle lo que está / no está permitido:**