

Formulario del historial médico de las niñas

Descargue y guarde este formulario antes de ingresar la información. También puede optar por imprimir y llenar el formulario manualmente. Escriba a mano con claridad.

Nombre de la Girl Scout: _____ # de Tropa: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Último Examen Médico: _____

Médico/Clínica de la Niña: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono: _____

Información sobre el Seguro Hospitalario:

Nombre de la Aseguradora: _____ # de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ # de Identificación del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado (si el seguro es a través del trabajo): _____ Teléfono: _____

Otras personas con las que se podría contactar para autorizar los tratamientos:

Nombre: _____ Relación con la Niña: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con la Niña: _____ Teléfono: _____

PARTE A Alergias	Marque las que correspondan. Especifique la causa y la naturaleza de las reacciones (por ejemplo, la Penicilina provoca urticaria).		
	Animales _____	Plantas/Árboles _____	Picaduras de Insectos: _____
	Fiebre del heno _____	Polen _____	
	Otros: _____		
	Alimentos: _____		
	Medicamentos/Fármacos: _____		
	En caso de una reacción alérgica, reacciona a _____		
PARTE B Historial Médico	Marque los que correspondan.		
	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Infección de Oído	<input type="checkbox"/> Paperas
	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Trastornos Alimenticios	<input type="checkbox"/> Trastorno/Enfermedad Muscular
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales	<input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Nervioso
	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
	<input type="checkbox"/> Pie de Atleta	<input type="checkbox"/> OJOS: Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> Aparatos de Ortodoncia
	<input type="checkbox"/> Cambios de Conducta	<input type="checkbox"/> OJOS: Lentes	<input type="checkbox"/> Discapacidades Físicas
	<input type="checkbox"/> Mojar la Cama	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Secreción Nasal
	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Crisis Epilépticas
	<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico/de Coagulación	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Rasgo o Enfermedad de Células Falciformes
	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, frecuentes	<input type="checkbox"/> Sinusitis
	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Trastorno Óseo
	<input type="checkbox"/> Conmoción Cerebral	<input type="checkbox"/> Defecto/Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel
	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sonambulismo
	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta
	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Régimen Alimenticio Especial
	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Complicaciones Menstruales	<input type="checkbox"/> Malestar Estomacal
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Infección del Tracto Urinario
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Discapacidades Visuales
	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Mareos	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Por favor, explique. Indique cualquier información útil para el adulto a cargo en relación con cualquiera de las condiciones de salud seleccionadas en la parte B. Indique cualquier actividad que deba fomentarse o restringirse.

Necesidades/Restricciones Dietéticas:

PARTE C Historial de Vacunación y Enfermedades	OBLIGATORIO: Por favor, complete			
	Vacunación	Año en que se Completó la Serie Primaria	Año del Último Refuerzo	Ha padecido la Enfermedad SÍ o NO
	Varicela			
	COVID-19			
	D.T.P.			
	Difteria			
	Hepatitis B			
	Hib			
	<i>Haemophilus influenzae B</i>			
	Sarampión			
	Paperas			
	Polio Oral			
	Tos ferina			
	Rubéola (Sarampión Alemán)			
	Td (tétanos/difteria)			
Tétanos				
Resultado de la Prueba de Tuberculina (más reciente)				
Otros				

MEDICAMENTOS Coloque sus iniciales a continuación si aplica ↓ *	A continuación, se mencionan todos los medicamentos recetados que mi hija tomará de forma rutinaria. Adjunte una lista separada si es necesario		
	Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?
	Escriba el nombre de la Girl Scout: _____ se autoadministrará lo(s) siguiente(s) medicamento(s).		
	<input type="checkbox"/>	Inhalador Bronquial	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos para Diabéticos		
<input type="checkbox"/>	Epi-pen		
<input type="checkbox"/>	Otro		

Medicamento(s) de Venta Libre:

Los medicamentos de venta libre se utilizarán para tratar enfermedades rutinarias según los protocolos de tratamiento. El Acetaminofén se utiliza en lugar de la aspirina.

Ella puede tomar Analgésicos Jarabe para la tos Pomada antibiótica Reductor de la fiebre
Alivio Digestivo Otros: _____

Ella NO PUEDE tomar: _____

Declaración de Privacidad de la Información Médica

El Formulario del Historial Médico de las Niñas es únicamente para asuntos de salud en la reunión o evento especificado. Todos los registros serán manejados por el personal/voluntarios cuyo trabajo incluye el procesamiento o uso de esta información en beneficio de la participante. Todos los historiales médicos serán mantenidos en acceso limitado por el supervisor de atención médica de la reunión o evento específico. Se podrá compartir la información mínima necesaria con el personal/voluntario(s) del evento para proporcionar la seguridad y la atención médica adecuadas a las participantes. El registro del historial médico será conservado por Girl Scouts of California's Central Coast, el consejo patrocinador o GSUSA hasta que sea destruido. Todos los formularios/registros con tratamiento anotado se conservarán durante siete años después de la edad de madurez de la participante. El acceso a la información será limitado, pero la participante o su representante legal podrán solicitar copias al patrocinador del evento.

Autorización de Transporte: Autorizo el transporte de mi hija en vehículo de emergencia a un centro de salud apropiado y la atención médica prehospitalaria, todos los servicios hospitalarios y de médicos, ya sean médicos, quirúrgicos y/o dentales, necesarios para el beneficio/seguridad/bienestar de mi hija. Es mi intención expresa eximir a Girl Scouts of California's Central Coast de toda responsabilidad por cualquier lesión, muerte o daño que surja o esté relacionado de alguna manera con dicho transporte.

Consentimiento para el Tratamiento: Por medio de la presente doy permiso al médico seleccionado [por el coordinador del viaje] para que ordene radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hija, en caso de que yo no pueda ser localizado(a) en una emergencia. Por la presente, doy permiso al médico seleccionado por el prestador de primeros auxilios/ coordinador del viaje para que hospitalice, garantice el tratamiento adecuado y ordene la aplicación de inyecciones y/o anestesia y/o cirugía para mi hija, tal como se menciona anteriormente. También doy mi consentimiento para que mi hija sea sometida a una prueba de detección del virus COVID-19 durante su participación en un viaje o evento nocturno por parte del Prestador de Primeros Auxilios del evento, utilizando una prueba de venta libre, en caso de que mi hija enferme o presente síntomas de COVID. Si no se autoriza la prueba del COVID-19, me comprometo a recoger a mi hija lo antes posible después de que el Prestador de Primeros Auxilios se haya puesto en contacto conmigo.

La información proporcionada en este formulario puede ser divulgada a los Voluntarios/Personal responsable de esta actividad incluyendo, pero no limitado a los líderes de tropa/grupo, conductores, personal médico, etc.

Autorización de los Padres/Tutores Legales: Este historial médico es correcto según mi leal saber y entender, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades planificadas, salvo lo que indique el médico examinador o mi persona. Al permitir que mi hija participe en las actividades y eventos de las Girl Scouts: a) reconozco que existe un riesgo inherente de exposición a COVID-19 para cualquier actividad en persona, incluyendo reuniones, actividades, eventos y viajes; y b) estoy asumiendo voluntariamente todos los riesgos relacionados con la exposición a COVID-19 y estoy de acuerdo en no responsabilizar a Girl Scouts of California's Central Coast o a cualquiera de sus directores, empleados, agentes o voluntarios, por cualquier enfermedad o lesión. He leído los procedimientos anteriores para el manejo de la información del formulario del historial médico y estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para el tratamiento, la remisión, la facturación o los fines del seguro.

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación con la Girl Scout

Fecha

Nombre escrito a mano del Padre/Tutor Legal

Teléfono

Dirección de Correo Electrónico: