

Miembro (niña)     Miembro (adulto)

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>	Numero de tropa: _____ or Individual <input type="checkbox"/>	Unidad de servicio	
	Nombre _____	Segundo Nombre: _____	Apellido: _____
	Dirección postal: _____		Depto: _____
	Ciudad _____	Estado: _____	Código postal _____
	Celular: _____	Correo electrónico _____	
	Nombre y dirección del padre o madre/tutor si es diferente al de la niña (completar solo para el formulario de la niña): _____		Teléfono: _____ Celular: _____
	Nombre y dirección del padre o madre/tutor si es diferente al de la niña (completar solo para el formulario de la niña): _____		Teléfono: _____ Celular: _____
	Información sobre el cuidado tutelar: <input type="checkbox"/> Ambos progenitores <input type="checkbox"/> Un progenitor (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____		

<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>	Nombre del médico de la familia: _____		Teléfono: _____
	Compañía de seguro médico y hospitalario de la familia: _____		Número de póliza o grupo: _____
	Compañía de seguro dental de la familia: _____		Número de póliza o grupo: _____
	Información de salud _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
	Fecha de la última vacuna antitetánica _____		<input type="checkbox"/> Las vacunas están al día de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad 120335
	Fecha del último examen médico _____		¿Tuvo algún problema de salud en ese momento? _____
	¿La niña tiene algún problema de salud físico, mental o psicológico que requiera medicamentos, tratamiento u otras restricciones o consideraciones especiales?    Sí    NO En caso afirmativo, indique la restricción/consideración y la razón: _____		
	¿La niña toma algún medicamento recetado o de venta libre de forma regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO    En caso afirmativo, indique la medicamento y la razón: _____		
	¿Su niña tiene restricciones o no puede participar en alguna actividad física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO    En caso afirmativo, explique: _____		
	Proporcione un registro de tratamientos médicos anteriores, si los hubiera, incluyendo lesiones o cirugías: _____		
La niña tiene los siguientes problemas de salud/alergias: <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Alergias (especifique): _____			
Contacto de emergencia (no padre/madre) Relación: _____    Teléfono: _____    Celular: _____			

<b>AUTORIZACIÓN</b>	<b>Autorización del padre/madre/tutor</b> Este formulario de salud está completo y es preciso. No conozco ninguna razón, aparte de la información indicada en este formulario, por la cual mi hija no debería participar en las actividades indicadas, incluidas las excursiones, excepto las señaladas. ¡En caso de que mi hija necesite atención médica mientras participa en actividades de Girl Scouts, autorizo al adulto a asegurarse de que mi hija reciba atención médica de rutina, medicamentos, primeros auxilios razonables y a transportar a mi hija a un centro de atención médica para recibir servicios de emergencia, según sea necesario
	Firma del padre/madre/tutor: _____    Fecha: _____
<b>AUTORIZACIÓN</b>	<b>Autorización del miembro adulto</b> Este historial médico está completo y es preciso. Puedo participar en todas las actividades indicadas, excepto las señaladas.
	Firma del miembro adulto: _____    Fecha: _____

**Padres - Por favor, conserven una copia para los campamentos de día, residentes y otros programas de campamentos con pernoctación.**

**Jefe de tropa - consérvelo para sus archivos.**