



HISTORIAL MÉDICO DE LA NIÑA

Historial Médico

➔ A ser llenado por un padre de familia.

➔ Este formulario debe brindar información actualizada para reuniones de tropa, incluyendo excursiones de tropa menores de (3) tres noches y para eventos.

Una vez completado, entregue el formulario al Líder de Tropa o al Facilitador/Coordinador del Evento. Para excursiones de tres o más noches, también llene el Formulario No. 5121, Expediente Médico de la Niña.

Información del Participante			
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Padre de Familia/Tutor Legal	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero Telefónico: Casa ()	Trabajo ()	Celular ()	
En caso de emergencia notifique a	Dirección	Parentesco con la Niña	
Numero Telefónico: Casa ()	Trabajo ()	Celular ()	

Información Sobre Seguro Médico (Opcional)		
Compañía de Seguro	Numero de Identificación	Numero del Grupo
Numero Telefónico de Servicios al Cliente	Dirección	

Nombre y Numero Telefónico del Medico (obligatorio)	
Nombre	Numero Telefónico ()

A. Historia de Salud (Marque todos los que apliquen en su caso.)

Enfermedades	Alergias	Enfermedades Crónicas o Recurrentes
<input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Lyme <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Otras _____	<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos* * En caso afirmativo, debe proveer el antídoto. <input type="checkbox"/> Plantas <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Medicamentos/ Fármacos <input type="checkbox"/> Otras _____	<input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Infecciones en el Oído <input type="checkbox"/> Enfermedades/Defectos Cardiacos <input type="checkbox"/> Sangrados <input type="checkbox"/> Afecciones Músculo esqueléticas <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> Otras _____

Impedimentos: Habla Escucha Vista Físico _____ Otro _____ Vacunas contra el Tétano _____ Ultima fecha del Refuerzo

Yo le autorizo a mi hija tomar o usar los siguientes medicamentos, si es que este se encuentre disponible o si yo lo suministro en su envase original.

<input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminofina <input type="checkbox"/> Ibuprofén <input type="checkbox"/> Antiácidos <input type="checkbox"/> Calamina/Caladryl <input type="checkbox"/> Lavado para Heridas y/o Peroxido de Hidrógeno	<input type="checkbox"/> Pomada Antibiótica/Bacitracin/Bactoban <input type="checkbox"/> Benadryl/Antihistaminico <input type="checkbox"/> Anti-diarreico/Pepto-Bismol <input type="checkbox"/> Robitussin/Expectorante <input type="checkbox"/> Solución para Otitis de Piscina/Alcohol-Vinagre	<input type="checkbox"/> Crema Hidrocortisona <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Epi-Pen para niños (hasta 9 años de edad) <input type="checkbox"/> Epi-Pen (mayores de 9 años)
---	--	--

Restricciones (Las siguientes restricciones aplican a esta persona.)

No come los siguientes productos ni sus derivados: Carne roja Cerdo Pollo Mariscos Lácteos Huevos Mani/Cacahuete Trigo Gluten Otros _____

Describe cualquier tipo de restricción que tenga su hija para comer o participar en actividades físicas (por ejemplo, lo que no puede hacer o que adaptaciones o limitaciones son necesarias.) Adjunte una hoja adicional si fuese necesario.

Preguntas Generales (Si contesta afirmativamente a alguna de las preguntas, sírvase brindar una explicación.)

La Participante, Actualmente o en el Pasado:	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha sufrido alguna lesión, enfermedad o problema infeccioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Sufrir de sangrado nasal con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha sufrido algún golpe en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Moja su cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usa anteojos, lentes de contacto o lentes de protección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Tiene problemas de la piel (picañón, salpullido)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha desmayado mientras hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Sufrir de diarrea o estreñimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Camina dormida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Sufrir de dolores menstruales severos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene algún problema emocional para el cual a requerido ayuda profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Trae consigo algún aparato de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sírvase dar una explicación a las respuestas afirmativas, tomando en cuenta el numero de la pregunta. Adjunte una hoja adicional si fuese necesario.

Declaración de Privacidad sobre la Información Médica

El Historial Médico de la Niña nos ayudara a conocer cualquier tipo de problema médica que tenga la participante. Todos los expedientes son para uso del personal y de los voluntarios quienes se encargaran de procesar o utilizar esta información para beneficio de la participante. Todos los expedientes médicos tendrán acceso limitado por parte del supervisor de salud de cada uno de los eventos, así como del coordinador del evento y el líder de tropa. Es posible que sea necesario compartir cierta información con personal o voluntarios del evento con el fin de garantizar que la participante reciba la atención y los cuidados de salud necesarios. Si bien el acceso a la información será limitado, el patrocinador del evento, la participante o su representante legal pueden solicitar copias. He leído los procedimientos antes descritos sobre el manejo de la información y autorizo a que se ponga a disposición de quien corresponda el expediente médico de la participante para que pueda recibir tratamiento y referencias médicas, así como para propósito de cobros o de seguro medico.

Este historial medico es complete y exacto. Mi hija cuenta con mi autorización para participar en todas las actividades programadas, excepto en aquellas en las que yo indique lo contrario. Asimismo, autorizo a adultos de la tropa y/o a los coordinadores de eventos brindarle primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar, según se considere necesario o aconsejable, para el bienestar de mi Girl Scout. También autorizo a adultos de la tropa y/o a los coordinadores de eventos a transportar a mi Girl Scout a un centro médico en caso de emergencia.

Primer Año:

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal _____ Fecha _____ Segundo Año:

