



Formulario de Consentimiento Anual

Por favor guarde este formulario con su tropa o grupo

Nombre de la Girl Scout		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Permiso de los padres/tutores para tratamiento médico, transporte, publicidad, reuniones de tropa/grupo, actividades para ganar dinero y actividades de venta de productos.

Ponga sus iniciales si está de acuerdo con lo siguiente:

- _____ **Permiso para Actividades Patrocinadas por la Tropa y el Consejo:** Mi hija tiene permiso para viajar a, asistir a, y participar en actividades patrocinadas por la tropa y el consejo que 1) estén ubicadas dentro de CT, 2) no se consideren actividades de alta aventura, y 3) no sean una actividad para pasar la noche de alta aventura.
- _____ **Permiso para usar Fotografías:** Doy mi consentimiento para que mi hija sea entrevistada, fotografiada, grabada en video o en imágenes electrónicas para materiales promocionales, comunicados de prensa u otros formatos publicados**, ya sea para el Consejo local de Girl Scouts o para Girl Scouts of the USA. Las imágenes serán propiedad exclusiva del Consejo local de Girl Scouts o de Girl Scouts of the USA. I por la presente libero y eximo de responsabilidad al Girl Scout Council local y a Girl Scouts of the USA de cualquier reclamación derivada del uso de estas imágenes.
- _____ **Permiso para el Tratamiento Médico de Emergencia:** En caso de emergencia, autorizo a los adultos de Girl Scouts y/o a un médico de primeros auxilios certificado a prestar los primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar necesarios a mi hija. También autorizo a la persona a cargo a obtener y consentir, en mi nombre, cualquier tratamiento de diagnóstico médico que dicha persona considere necesario o aconsejable para el bienestar de mi hija.
- _____ **Permiso de Transporte:** Los adultos de la tropa/grupo tienen mi permiso para transportar a mi hija en un viaje de tropa/grupo o en caso de una emergencia.
- _____ **Permiso para participar en los Programas de Ventas de Productos:** Mi hija puede participar en programas de venta de productos (Treats and Reads Program & Girl Scout Cookie Program) y utilizar los recursos en línea apropiados. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por todos los productos y el dinero que ella reciba y me aseguraré de que cuente con la supervisión de un adulto durante las actividades del programa de venta de productos. Entiendo que no se darán premios a menos que todo el dinero sea entregado a la persona designada antes de la fecha de pago.
- _____ Como en cualquier actividad social, la participación en actividades presenciales de Girl Scouts podría presentar el riesgo de contraer enfermedades (por ejemplo, COVID-19). Aunque Girl Scouts of Connecticut (GSOFCT) toma todas las precauciones preventivas y de seguridad, GSOFCT no puede de ninguna manera garantizar que no ocurrirá una enfermedad a través de la participación en los programas de GSOFCT o las actividades de la tropa/grupo. La participación puede conducir a exposición, enfermedad o requisitos de cuarentena.

Consentimiento de los Padres/Tutores:

He leído y comprendo el Historial Médico de la Niña y el Formulario de Consentimiento Anual. Puedo cambiar o revocar cualquier aspecto de este acuerdo en cualquier momento presentando mi solicitud, por escrito, a la co-líder de tropa/grupo.

Nombre del padre/tutor	Firma del padre/tutor	Fecha
	2° año	
	Firma del padre/tutor	Fecha

****El término «formatos publicados» incorpora el sitio web del consejo www.gsfc.org, pero las imágenes utilizadas en el sitio web y en otros lugares, con la posible excepción del boletín informativo del consejo, NO revelarán el nombre ni la ciudad de una persona. Los sitios web de Girl Scouts deben cumplir con las restricciones de seguridad del sitio web y de impresión del consejo. Los miembros de Girl Scouts no deben enviar a los contactos de publicidad local o del concilio fotos de ninguna niña cuyo padre/tutor no haya completado un Formulario de Consentimiento Anual.**

www.gsfc.org 1-800-922-2770

HISTORIAL MÉDICO DE LA NIÑA

Para ser completado y revisado anualmente por el padre/tutor

Este formulario debe contener información actual para las reuniones de tropa/grupo, incluyendo los viajes de tropa/grupo de menos de tres (3) noches, y para los eventos.

Entregue el formulario completo a la líder de la tropa/grupo o al facilitador/coordinador del evento. Para viajes de tres noches o más, complete también el Formulario de registro de salud de las niñas.

Información del participante			
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Padre/tutor	Fecha de nacimiento: Edad:
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
En caso de emergencia, notificar a (contacto secundario)		Dirección	Relación hacia la niña
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
Información sobre el seguro (opcional) Esta información puede compartirse, si es necesario.			
Compañía de seguros		Número ID	Número de grupo
Teléfono de Servicios al Cliente		Dirección	Acepto la responsabilidad total de los gastos de cualquier atención/tratamiento médico que he autorizado
Nombre y teléfono del médico autorizado		Nombre	Teléfono
A. Historial de salud (Marque todo lo que corresponda.)			
Enfermedades ☐ Riñón ☐ Varicela ☐ Lyme ☐ Fiebre reumática ☐ Paperas ☐ Sarampión alemán ☐ Sarampión ☐ Otros _____ ☐ Tuberculosis		Alergias ☐ Animales ☐ Plantas ☐ Alimentación ☐ Polen ☐ Fiebre del heno ☐ Medicamentos ☐ Picaduras de insectos * Si es afirmativo, debe proveerse el antídoto. ☐ Otros _____	
Deficiencias: ☐ Audición ☐ Habla ☐ Vista ☐ Físico _____ ☐ Otros _____		Enfermedades crónicas o recurrentes ☐ Convulsiones ☐ Infecciones de oído ☐ Asma ☐ Defecto/enfermedad cardíaca ☐ Artritis ☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Sinusitis ☐ Trastornos musculoesqueléticos ☐ Diabetes ☐ Dolores de cabeza frecuentes ☐ Hipertensión ☐ Otros _____	
Mi Girl Scout tiene permiso para tomar o usar los siguientes medicamentos sin receta si yo se los entrego en su envase original con un formulario firmado de Permiso para Administrar medicamentos de venta sin receta.			
☐ Acetaminofén (ej. Tylenol) ☐ Ibuprofeno (por ejemplo, Advil) ☐ Antiácidos (por ejemplo, Tums) ☐ Loción de calamina (por ejemplo, Caladryl)		☐ Pomada antibiótica (por ejemplo, Bacitracina/Bactoban) ☐ Lavado de heridas y/o peróxido de hidrógeno ☐ Antihistamínico (por ejemplo, Benadryl/Sudafed) ☐ Antidiarreicos (por ejemplo, Pepto-Bismol)	
☐ Crema de hidrocortisona ☐ Expectorante (por ejemplo, Robitussin) ☐ Alcohol- Solución de vinagre (por ejemplo, otitis externa)		☐ Sí ☐ No El participante puede auto administrarse ☐ Sí ☐ No El participante puede auto administrarse	
Restricciones (A esta persona se le aplican las siguientes restricciones).			
No come: ☐ Carne roja ☐ Cerdo ☐ Huevos ☐ Marisco ☐ Maní ☐ Aves ☐ Productos Lácteos ☐ Trigo ☐ Gluten ☐ Otros _____			
Explique cualquier restricción a la alimentación o a actividades (por ejemplo, qué no se puede hacer, qué adaptaciones o limitaciones son necesarias). Adjunte una explicación si es necesario.			
Preguntas generales (A continuación, explique las respuestas que sean positivas.)			
¿Tiene el participante:		Yes	No
1. ¿Ha tenido alguna lesión, enfermedad o infección recientemente?		☐	☐
2. ¿Ha sufrido alguna vez un traumatismo craneal?		☐	☐
3. ¿Usa gafas, contactos o gafas protectoras?		☐	☐
4. ¿Se ha desmayado alguna vez haciendo ejercicio?		☐	☐
5. ¿Ha tenido problemas de sonambulismo?		☐	☐
6. ¿Ha tenido problemas emocionales para los cuales buscó ayuda profesional?		☐	☐
7. ¿Sufre hemorragias nasales frecuentes?		☐	☐
8. ¿Tiene antecedentes de incontinencia urinaria?		☐	☐
9. ¿Tiene problemas de piel (p. ej., picoreños, erupciones)?		☐	☐
10. ¿Tiene problemas de diarrea/estreñimiento?		☐	☐
11. ¿Tiene dolores menstruales intensos?		☐	☐
12. ¿Lleva un aparato de ortodoncia a la actividad?		☐	☐
Explique las respuestas positivas, indicando el número de la preguntas. Adjunte explicaciones adicionales, si es necesario.			
Declaración de Privacidad de la Información Médica y Permiso para Recibir Tratamiento			
El Historial de Salud de las Niñas es para cuestiones de salud. Todos los registros serán manejados por personal/voluntarios cuyo trabajo incluya el procesamiento o uso de esta información en beneficio de la participante. Todos los registros médicos serán guardados en acceso limitado por el supervisor de atención médica del evento específico, el Coordinador del Evento o la Líder de Tropa/Grupo. La información necesaria podrá ser compartida con el personal/voluntarios del evento con el fin de ofrecer a los participantes la seguridad y atención médica adecuadas. He leído los procedimientos anteriores para el manejo de la información del formulario de salud, y estoy de acuerdo con la entrega de cualquier documento necesario para fines de tratamiento, referencia, facturación o seguro. Este historial de salud está completo y es exacto. Mi Girl Scout tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto las que yo indique. Por la presente autorizo a los adultos de la tropa/grupo y/o Coordinadores del Evento a brindar los Primeros Auxilios/RCP necesarios a mi Girl Scout y autorizo a la persona a cargo a obtener y consentir, en mi nombre, cualquier tratamiento de diagnóstico médico que se considere necesario o aconsejable para el bienestar de mi Girl Scout. También autorizo a los adultos de la tropa/grupo y/o a los Coordinadores del Evento a transportar a mi Girl Scout en caso de emergencia.			
*Firma del padre/madre/tutor:		Fecha 1er año:	
He revisado la información de salud de mi Girl Scout y verifico que toda la información esta completa y es exacta.			
*Firma del padre/madre/tutor:		Fecha 2º año:	
*Se requiere la firma original			