

# Formulario de Historia de Salud de Niñas/Adultos

Octubre 1, 20\_\_ a Septiembre 30, 20\_\_

Por favor, descargue y guarde este formulario antes de ingresar la información. También puede optar por imprimirlo y completarlo manualmente. Por favor, escriba con letra clara.

Nombre:	Tropa:	Nivel del programa: DBJCS A Adult
Correo Electronico:	Telefono:	Fecha de nacimiento:
Direccion:	Ciudad/ Estado:	Codigo Postal:

## Información adicional de la niña

Persona 1:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo Electronico:	Telefono principal:
Persona 2:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo Electronico:	Telefono principal:

## Declaración de privacidad de la información de salud

Todos los registros serán manejados por personal o voluntarios cuyas funciones incluyen procesar o utilizar esta información en beneficio de la participante. El acceso a los expedientes médicos estará restringido al supervisor de atención médica del evento. Se compartirá la información mínima necesaria con el personal o los voluntarios del evento para garantizar la seguridad y la atención médica adecuadas de la participante. El historial médico será conservado por Girl Scouts-Western Oklahoma Inc., el consejo patrocinador o la unidad de GSUSA hasta su destrucción. Todos los formularios y registros con información sobre tratamientos se conservarán durante siete años. El acceso a la información será limitado, pero la participante o su representante legal podrán solicitar copias al evento patrocinado.

## Informacion de Aseguranza:

Nombre de Dentista de la familia:	Telefono:
Nombre del Medico de la Familia:	Telefono:
Nombre de la aseguradora:	Número de póliza:
Nombre del asegurado:	Número de identificación de miembro:
Empleador del asegurado (si el seguro es a través del trabajo):	Telefono:
Otras que podrían ser contactadas para autorizar tratamientos:	
Nombre:	Relationship to Girl: Telefono:
Nombre:	Relationship to Girl: Telefono:

## Necesidades Dietéticas/Restricciones/Acomodacion especiales:

Por favor, haga la lista aquí. Use el reverso de la página si es necesario.

<b>Parte A</b> Alergias	Marque las opciones que correspondan. Especifique la causa y la naturaleza de las reacciones (p. ej., la penicilina causa urticaria).		
	<input type="checkbox"/> Animales: _____	<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos: _____	<input type="checkbox"/> Polen: _____
	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno: _____	<input type="checkbox"/> Plantas/ Arboles: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Comidas : Porfavor enumere:		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
En caso de reacción alérgica, responda mediante:			

<b>Parte B</b> Historia Medica	Marque los que correspondan		
	<input type="checkbox"/> ADD/ ADHD	<input type="checkbox"/> Infección de oído,frecuente	<input type="checkbox"/> Paperas
	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Trastorno muscular
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Disturbios emocionales	<input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso
	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales frecuentes
	<input type="checkbox"/> Pie de atleta	<input type="checkbox"/> Ojos: Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Aparatos de ortodoncia
	<input type="checkbox"/> Mojar la cama	<input type="checkbox"/> Ojos: Lentes	<input type="checkbox"/> Discapacidades Físicas
	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Nariz que gotea crónica
	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico/de coagulación	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Convulsiones
	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Rasgo o enfermedad de células falciformes
	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno esquelético
	<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Defecto/Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Condiciones de la piel
	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Alteración del sueño/caminars
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Regimiento dietético especial
	<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Malestares estomacales
	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mareo por movimiento	
	<input type="checkbox"/> Otro:		

**Por favor, explique.** Indique cualquier información útil para el adulto responsable en relación con cualquiera de las afecciones de salud seleccionadas en la Parte B. Indique cualquier actividad que deba fomentarse o restringirse.

<b>Medicamentos</b>	Aquí se enumeran todos los medicamentos recetados y de venta libre que mi hijo/a toma habitualmente. Adjunte una lista aparte de los necesarios. *Todos los medicamentos recetados deben estar en su envase original.			
	Medicamentos	Dosificación	Con qué frecuencia	
	Por favor, indique sus iniciales a continuación si corresponde.	Ingrese el nombre de la niña exploradora: _____ que se autoadministrará el/los siguiente/s medicamento/s.		
	*	<input type="checkbox"/> Inhalador bronquial		
*	<input type="checkbox"/> Medicamentos para la diabetes			
*	<input type="checkbox"/> Epi-pen			
*	<input type="checkbox"/> Otro			

Tenga en cuenta que solo podemos administrar medicamentos recetados de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta, a menos que tengamos una nota firmada por un médico.

<b>Medicamentos de venta libre</b>	Se utilizarán medicamentos de venta libre para tratar enfermedades rutinarias según los protocolos de tratamiento. Se usa acetaminofén en lugar de aspirina.			
Ella puede tener:	<input type="checkbox"/> Medicina para el dolor	<input type="checkbox"/> Jarabe para la tos	<input type="checkbox"/> Ungüento antibiótic	<input type="checkbox"/> Reductor de fiebre
Ella no puede tener:	<input type="checkbox"/> Alivio digestivo	<input type="checkbox"/> Otro		

<b>Parte C</b> Historial de vacunación y enfermedades	Requerido: Por favor completa o adjunte una copia del registro de vacunación		
	Immunización	Fecha	Has had Disease Sí o no
	Varicela		
	COVID-19		
	D.T.P.		
	Difteria		
	Hepatitis B		
	HIB (Hemophilus influenza B)		
	Sarampión		
	Paperas		
	Poliomielitis oral		
	Tos ferina		
	Rubéola		
	TD (Téntaro/Difteria)		
	Tétanos		
Resultado de la prueba de tuberculina (más reciente)			
Otro:			

### Liberación de Transporte:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales: _____	Autorizo el traslado de mi hijo/a o mío/a en vehículo de emergencia a un centro de salud apropiado y a recibir atención médica prehospitalaria, así como todos los servicios hospitalarios y médicos, ya sean médicos, quirúrgicos o dentales, necesarios para mi beneficio, seguridad y bienestar, o el de mi hijo/a o mío/a. Es mi intención expresa mantener la autorización para el traslado.
---	---

### Consentimiento para tratar

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales: _____	Por la presente, autorizo al médico seleccionado (por el coordinador del viaje) a solicitar radiografías, análisis de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo/a, en caso de que no pueda ser contactado/a en una emergencia. Asimismo, autorizo al médico seleccionado por el coordinador del viaje/socorrista a hospitalizar, brindar el tratamiento adecuado y solicitar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a, cuyo nombre se indica arriba. También autorizo a que mi hijo/a se someta a una prueba de detección del virus COVID-19 durante su participación en un evento con pernocta, realizada por el socorrista del evento, mediante una prueba de venta libre, en caso de que mi hijo/a enferme o presente síntomas de COVID-19. Si no se autoriza la prueba de COVID-19, me comprometo a recoger a mi hijo/a lo antes posible después de que el socorrista se haya puesto en contacto conmigo.
---	--

### Autorización

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales: _____	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 las que indique el médico tratante o yo. Al permitir que yo/mi hijo participe en las actividades y eventos de las Girl Scouts: a) Reconozco que existe un riesgo inherente de exposición a la COVID-19 en cualquier actividad presencial, incluyendo reuniones, actividades, eventos y viajes; y b) Asumo voluntariamente todos los riesgos relacionados con la exposición a la COVID-19 y acepto no responsabilizar a Girl Scouts-Western OK, Inc., ni a ninguno de sus directores, empleados, agentes o voluntarios, por ninguna enfermedad o lesión. He leído los procedimientos anteriores para el manejo de la información del formulario de historial médico y acepto la divulgación de cualquier registro necesario para tratamiento, derivación, facturación o fines de seguro.
---	---

Firma de la participante o padre / tutor (si es menor de 18 años)

Fecha

Nombre impreso del participante o del padre/tutor (si es menor de 18 años)

Relación con la niña

Correo Electronico

Telefono