

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 imprimirla y completarla 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.

Información 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/Acomodación especiales:

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

Parte A 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 : Por favor enumere:		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
	En caso de reacción alérgica, responda mediante:		

Parte 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.

Medicamentos	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.

Medicamentos de venta libre	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"/> Alivio digestivo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Reductor de fiebre
Ella no puede tener:			

Parte C Historial de vacunación y enfermedades	Requerido: Por favor completa o adjunte una copia del registro de vacunación		
	Inmunización	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	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.
Iniciales: _____	

Consentimiento para tratar

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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.
Iniciales: _____	

Autorización

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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.
Iniciales: _____	

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

Fecha

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

Relación con la niña

Correo Electronico

Telefono