

Formulario de Historia de Salud de Niñas/Adultos con Examen Físico

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:	☐ Padre o Madre ☐ Guardian ☐ Otro _____
Correo Electronico:	Telefono principal:
Persona 2:	☐ Padre o Madre ☐ Guardian ☐ 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.

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

Parte B Historia Medica	Marque los que correspondan		
	☐ ADD/ ADHD	☐ Infección de oído,frecuente	☐ Paperas
	☐ Artritis	☐ Trastornos alimentarios	☐ Enfermedad/Trastorno muscular
	☐ Asma	☐ Disturbios emocionales	☐ Trastorno del sistema nervioso
	☐ Ansiedad	☐ Epilepsia	☐ Hemorragias nasales frecuentes
	☐ Pie de atleta	☐ Ojos: Lentes de contacto	☐ Aparatos de ortodoncia
	☐ Mojar la cama	☐ Ojos: Lentes	☐ Discapacidades Físicas
	☐ Trastorno bipolar	☐ Desmayo	☐ Nariz que gotea crónica
	☐ Trastorno hemorrágico/de coagulación	☐ Fiebre del Heno	☐ Convulsiones
	☐ Bronquitis	☐ Dolores de cabeza frecuentes	☐ Rasgo o enfermedad de células falciformes
	☐ Varicela	☐ Discapacidad auditiva	☐ Enfermedad/trastorno esquelético
	☐ Conmoción cerebral	☐ Defecto/Enfermedad cardíaca	☐ Condiciones de la piel
	☐ Constipación	☐ Hepatitis A/B/C	☐ Alteración del sueño/caminars
	☐ Convulsiones	☐ Hipertensión	☐ Regimiento dietético especial
	☐ Tos crónica	☐ Nefropatía	☐ Malestares estomacales
	☐ Depresion	☐ Sarampión	☐ Discapacidad visual
	☐ Diabetes	☐ Mareo por movimiento	
	☐ 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	
		Ingrese el nombre de la niña exploradora: _____ que se autoadministrará el/los siguiente/s medicamento/s.		
	*	☐ Inhalador bronquial		
*	☐ Medicamentos para la diabetes			
*	☐ Epi-pen			
*	☐ 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:	☐ Medicina para el dolor	☐ Jarabe para la tos	☐ Ungüento antibiótic	☐ Reductor de fiebre
	☐ Alivio digestivo	☐ Otro		
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:

☐ Sí ☐ 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 prehospitatoria, 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

☐ Sí ☐ 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

☐ Sí ☐ 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

Certificado Médico: solo se requiere para eventos de más de 3 noches de duración. Debe ser expedido dentro de los 24 meses posteriores a la asistencia al evento por un médico colegiado (MD, asistente médico o enfermero/a practicante bajo la supervisión de un médico colegiado).

Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Altura del solicitante:	Peso del solicitante:	Presión arterial:
He examinado al solicitante mencionado anteriormente en las últimas 24 horas.		Fecha del examen:
En mi opinión, la condición del solicitante mencionado anteriormente ☐ sí ☐ NO le impide participar en un programa activo.		
Estas actividades deberán limitarse:		
El solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico por la(s) siguiente(s) afección(es):		
Tratamiento actual (incluidos los medicamentos)		

Firma de los médico: _____

Nombre del medico: _____

Dirección del consultorio del médico: _____

Teléfono del consultorio médico: _____

Fecha de firma: _____