

## Formulario de autorización e historial médico de las niñas de Girl Scouts of Eastern Pennsylvania

Este historial de salud debe ser completado y firmado por uno de los padres o encargados de la niña y ser mantenido en los archivos de la tropa. Los historiales de salud pueden ser usados por los adultos que viajan con las niñas pero no son requeridos para los adultos.

Nombre de la Niña:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Dirección:

Núm. de la Tropa:

Padre/Encargado:

Dirección de la Casa:

Dirección del Trabajo:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Correo Electrónico:

Celular:

**En caso de emergencia notificar a:** Nombre:

Dirección:

Relación:

Teléfono:

Nombre del médico de la familia:

Teléfono:

Hospital de la familia:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

Compañía de Seguros:

**Autorizaciones:** Yo (Nosotros), el (los) padre(s)/encargado(s) responsable(s) de la custodia doy (damos) permiso para lo siguiente:

Nombre de la Girl Scout:

- ☐ Sí ☐ No 1. Que mi/nuestra hija/niña asista a las actividades programadas de su tropa/grupo.
- ☐ Sí ☐ No 2. Que el *Girl Scout Council* use cualquier fotografía o grabación de video o audio en la que mi hija/niña aparezca para propósitos promocionales.
- ☐ Sí ☐ No 3. Que mi/nuestra hija/niña reciba tratamiento médico de una líder, personal de primeros auxilios, EMT, personal de enfermería, médico u hospital si lo necesita. Entiendo que el adulto a cargo o la persona que éste designe intentará comunicarse conmigo. Si marca "No" en la #3, por favor lea y complete lo siguiente.
- ☐ 4. Yo/Nosotros no queremos que nuestra hija/niña reciba ciertos tipos de tratamiento médico por razones religiosas. Estamos adjuntando instrucciones específicas por escrito de lo que está y lo que no está permitido.\*

\*Entiendo que si ocurre una emergencia y la policía u otras autoridades locales similares adquieren la custodia de mi hija/niña, las *Girl Scouts of Eastern Pennsylvania* no pueden garantizar que las instrucciones que estoy mencionando o adjuntando en las autorizaciones médicas anteriores serán cumplidas. **Fecha del último examen médico:**

**Vacunas:** ☐ Sí ☐ No Certifico que las mi hija tiene todas las vacunas al día que se requieren para asistir a la escuela en Pensilvania. **Si no se ha vacunado, adjunte una explicación.**

Firma

Fecha de la última vacuna contra el tétano:

CONTINÚA AL OTRO LADO →

Historial Médico

¿A su hija se le ha diagnosticado alguna condición/incapacidad física o mental que requiera acomodos especiales?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, describa e indique los acomodos necesarios:

Las voluntarias y el personal de las Girl Scouts podrían no estar adiestradas para cumplir todo tipo de necesidades; es posible que se pida que un padre o adulto de la familia asista a algunos eventos con la Girl Scout que requiere atención especial.

Alergias (Marque las que se apliquen y especifique cómo es la reacción alérgica.)

- ☐ Animales
- ☐ Medicinas o fármacos
- ☐ Alimentos
- ☐ Plantas
- ☐ Rinitis alérgica (Hay fever)
- ☐ Picaduras de Insectos
- ☐ Polen
- ☐ Otro

Indique cualquier otra información que sería útil para el adulto a cargo. Además, indique cualquier actividad que debe alentarse o restringirse:

El Council le da mucha prioridad a asegurar la seguridad de las niñas que asisten a las actividades de las Girl Scouts. Las niñas tienen que ser supervisadas por adultos durante todas las reuniones y eventos. Indique a continuación sus instrucciones respecto a la salida de su hija de reuniones o actividades:

- ☐ Mi/nuestra hija/niña tiene permiso para caminar a la casa al salir de las reuniones/actividades de las Girl Scouts.
- ☐ Yo o la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación pasaremos a buscar a mi hija/niña al terminar las reuniones/actividades.

Nombre:

Relación con la niña:

Teléfono:

Nombre:

Relación con la niña:

Teléfono:

- Nota:**
1. Cualquier cambio a las instrucciones anteriores se le tiene que dar a la líder de la tropa por escrito.

2. Si su hija no es recogida antes de quince minutos después de la hora de salida especificada, la líder de la tropa intentará comunicarse con usted y/o con la persona de contacto en caso de emergencia.

He leído y entiendo los procedimientos de recogida y emergencia. Verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del padre/encargado

Fecha