

# niña o Registro de historial de salud de adultos

Ambas páginas deben estar completas y firmadas por el padre/ tutor con custodia de chicas; o por miembros adultos para sí mismos. este registro será retenido por el líder adulto por uno año y una compañía c el adulto a cargo en todas las reuniones y otras actividades (es decir, excursiones, campamentos, eventos de SU, etc.). Este formulario se destruirá después de recibir un formulario nuevo. Si la persona que figura en el formulario abandona la tropa, este formulario se destruirá inmediatamente. Toda la información contenida en este formulario se mantendrá confidencial y se almacenará en un lugar donde otros no puedan ver la información contenida en este formulario. *Para adultos: completa la información que sea necesaria para la tropa o evento de Girl Scouts.*

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Tropa #: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Niña  Adulto  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 Padre / tutor con custodia si Bajo: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (si diferente que dirección de la chica): \_\_\_\_\_  
 Emergencia Contacto: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Condiciones de salud: pasado y presente** [Controlar todo eso aplicar]

Artritis	hern yo un
Asma	Hipertensión / presión arterial alta
Mojar la cama	Trastornos intestinales / estreñimiento
Sangrado desorden	Kid ne y / b l a d d er enfermedad
Conv ulsiones / epilepsias / convulsiones	Calambres menstruales
Diabetes	Trastornos musculoesqueléticos
Enfermedades del Oído o Infecciones del Oído	Mental / psicológico desorden
Trastornos de la alimentación (Anor e x i a, Bulim i a, etc.)	Sangrados nasales
Deterioro de la vista	Sinus itis ( infecciones sinusales )
Desmayo / mareo hechizos	Dormir Perturbaciones
He a dac h es / Migraciones	Discurso Deterioro
Audiencia Deterioro	Tenía cirugía o hospital a liz e d en el último 5 años
Defectos cardíacos / enfermedades	Actualmente bajo atención médica o psicóloga
Otro:	

Fecha del último examen de salud: \_\_\_\_\_ ¿Se observaron problemas médicos complicados en el último examen de salud?  
 Sí  No

Por favor explica en detalle cualquier elementos comprobado arriba:  
 \_\_\_\_\_

Desde el último examen de salud, el participante ha tenido:

Una lesión grave requiriendo atención médica ¿atención?  Sí  No Tratamiento en un hospital o emergencia ¿habitación?  Sí  No  
 Una cirugía a l ¿procedimiento o fractura?  Sí  No Cualquier exposición a ¿Una enfermedad contagiosa?  Sí  No

Hace su niño tener cualquier restricciones con respecto a físico ¿actividades?  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_

**Alergias**

Todas las alergias	Reacción / Gravedad	Tratamiento	Fecha de la última reacción

Hace ella/ tú sufres de ¿Una afiliación? \* Sí  No  
 \* Una reacción alérgica grave marcada por hinchazón de la garganta o lengua u e, vih, y problema respiración.  
 ¿Ella / usted lleva un ¿Epipen?  Sí  No hay nada ella tu llevar un ¿inhalador?  Sí  No

**Información sobre médicos/dentistas, hospitales y seguros**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de seguro: \_\_\_\_\_  
 Hospital preferido: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_ Número de seguro: \_\_\_\_\_

Attach picture of individual here.

# niña o Registro de historial de salud de adultos

Nombre legal completo: _____		Apellido: _____		Fecha de nacimiento: _____	
<b>Registro de Vacunación [ Debe completarse detalladamente]</b>					
Inmunización	Fecha Serie completada	Año de Last Booster	Inmunización	Fecha Serie completada	Año de Last Booster
Hepatitis B			Hepatitis A		
Difteria , tétanos , tos ferina ( D T ap / T dap )			Inactivado poliovirus (IPV)		
Sarampión , Paperas , Rub e lla M MR)			Influenza		
Rotavír u s (RV)			Varicela		
Ha e mop h ílus in flu e n z a e ( tipo b Hib)			Men i ngo c occ a l (MCV)		
Neu m ococc a l (PCV)			Virus del papiloma humano (VPH)		
Prueba de tuberculina: Resultado      Fecha			Otro:		
<b>PRESCRIPCIÓN MÉDICA</b>					
Lista cualquier medicamentos incluido Dosis cronograma y específico instrucciones de uso. <b>Todas</b> las recetas deben estar en el envase original con adecuado etiqueta.					
Medicamento	Objetivo	Dosis	Instrucciones específicas		
<b>Medicamentos de venta libre :</b>					
Tutor de Menores: mi hija tiene permiso tomar los siguientes medicamentos en caso de accidente o lesión:					
	T y l e n o l / Aceta min o p e n		Pepto-Bismol		
	Aspirina ( reductor de fiebre )		Imodium ( antidiarreico )		
	Ibuprofeno ( dolor / hinchazón )		drama y ne ( movimiento enfermedad prevención )		
	Ben a d ryl / Anti h i stamina		T u ms/antiácido		
	Robi t u ssin/ e x p e ctorant		Sudaf e d/de c o n gestante		
	Ungüentos para la piel (en caso de sarpullido, antibacteriano, pie de atleta, etc. )				
Otro:					
Consideraciones o notas especiales:					
He revisado el GS CTX política administrar medicación a un menor y presentarla el permiso apropiado formularios al adulto a cargo . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A - Mi el niño no está actualmente tomando cualquier medicamento recetado o sin receta.					
Mi el niño tiene lo siguiente dietético restringions:					
<b>FIRMA(S)</b>					
<b>Para padres con custodia / tutores :</b> Lo sé sin motivo ( s ), aparte de la información indicada en esta forma, Porque mi la hija no debe participar en prescribir actividades excepto como anotado.					
_____			_____		
Firma del Custodio padre o Guardian			Fecha de hoy		
<b>Para adultos :</b> Esta historia de la salud es correcto , y puedo participar en mi paté todas las actividades prescritas excepto lo indicado .					
_____			_____		
Firma de Adulto			Fecha de hoy		