

Miembro (niña)       Miembro (adulto)

INFORMACIÓN DE CONTACTO	Número de tropa:      o Individual <input type="checkbox"/>	Unidad de servicio:																																																																																																															
	Nombre:	Segundo nombre:		Apellido(s):																																																																																																													
	Dirección postal:			Depto.:		Dirección postal:																																																																																																											
	Ciudad:	Estado:	Código postal:		Teléfono: (    )																																																																																																												
	Celular: (    )		Correo electrónico:																																																																																																														
	Nombre y dirección del padre o madre/tutor si es diferente al de la niña (completar solo para el formulario de la niña): 1.				Teléfono: (    )																																																																																																												
					Celular: (    )																																																																																																												
Nombre y dirección del padre o madre/tutor si es diferente al de la niña (completar solo para el formulario de la niña): 2.				Teléfono: (    )																																																																																																													
				Celular: (    )																																																																																																													
Información sobre el cuidado tutelar: <input type="checkbox"/> Ambos progenitores <input type="checkbox"/> Un progenitor (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____																																																																																																																	
INFORMACIÓN MÉDICA	Nombre del médico de la familia:				Teléfono: (    )																																																																																																												
	Compañía de seguro médico y hospitalario de la familia: <i>**Adjunte una fotocopia de su tarjeta del seguro médico (frente y reverso)</i>				Número de póliza o grupo:																																																																																																												
	Compañía de seguro dental de la familia:				Número de póliza o grupo:																																																																																																												
	Información de salud: Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____																																																																																																																
	Registro de vacunación: <i>indique todas las fechas de las vacunas</i>																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th>¿Cuáles de estas vacunas ha recibido?</th> <th>Vacuna:</th> <th>Fechas:</th> <th>Mes/Año</th> <th>Mes/Año</th> <th>Mes/Año</th> <th>Mes/Año</th> <th>Mes/Año</th> <th>Mes/Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sarampión</td> <td>DTP</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Varicela</td> <td>TD (Tétanos/Difteria)</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rubéola</td> <td>Tétanos</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paperas</td> <td>Polio</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis A</td> <td>MMR</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis B</td> <td>o Sarampión</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis C</td> <td>o Paperas</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>o Rubéola</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Haemophilus influenzae tipo B</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hepatitis B</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Varicela</td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>						¿Cuáles de estas vacunas ha recibido?	Vacuna:	Fechas:	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	<input type="checkbox"/> Sarampión	DTP		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Varicela	TD (Tétanos/Difteria)		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rubéola	Tétanos		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Paperas	Polio		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	MMR		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	o Sarampión		_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	o Paperas		_____	_____	_____	_____	_____	_____		o Rubéola		_____	_____	_____	_____	_____	_____		Haemophilus influenzae tipo B		_____	_____	_____	_____	_____	_____		Hepatitis B		_____	_____	_____	_____	_____	_____		Varicela		_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Cuáles de estas vacunas ha recibido?	Vacuna:	Fechas:	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Sarampión	DTP		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Varicela	TD (Tétanos/Difteria)		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Rubéola	Tétanos		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Paperas	Polio		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	MMR		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	o Sarampión		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	o Paperas		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
	o Rubéola		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
	Haemophilus influenzae tipo B		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
	Hepatitis B		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
	Varicela		_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																									
Fecha del último examen médico: _____ ¿Tuvo algún problema de salud en ese momento?																																																																																																																	
¿La campista tiene algún problema de salud físico, mental o psicológico que requiera medicamentos, tratamiento u otras restricciones o consideraciones especiales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique la restricción/consideración y la razón: _____ _____																																																																																																																	

¿La campista toma algún medicamento recetado o de venta libre de forma regular?  SÍ  NO

Complete la tabla con todos los medicamentos recetados o de venta libre que la campista llevará al campamento.

**\*\*Todos los medicamentos recetados deben estar en su envase original\*\***

Medicamentos y dosis	Motivo por el cual toma el medicamento	Encierre en un CÍRCULO la hora del día en que la campista toma sus medicamentos	¿Recetado o de venta libre?
		Desayuno Almuerzo Cena Hora de dormir Otro	
		Desayuno Almuerzo Cena Hora de dormir Otro	
		Desayuno Almuerzo Cena Hora de dormir Otro	
		Desayuno Almuerzo Cena Hora de dormir Otro	
		Desayuno Almuerzo Cena Hora de dormir Otro	

\* Tenga en cuenta que solo podemos administrar medicamentos recetados según las indicaciones del envase, a menos que tengamos una nota firmada por el médico.

### Medicamentos de venta libre

Marque todas las opciones que podemos administrarle a su campista si necesita algún medicamento mientras permanece en el campamento.

Todos los medicamentos se administran según el peso o la edad individual de su hija, según se especifica en las indicaciones.

- |                                                                                                 |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén (como Tylenol u otro analgésico que no contenga aspirina) | <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona                                              |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Motrin, Advil)                                             | <input type="checkbox"/> Repelente de insectos (contiene DEET)                                |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta                                             | <input type="checkbox"/> Pomada o spray antifúngico (para el pie de atleta)                   |
| <input type="checkbox"/> Antihistamínico (como Benadryl)                                        | <input type="checkbox"/> Protector solar (máx. SPF 30)                                        |
| <input type="checkbox"/> Pomada antibiótica (como Polysporin o Neosporin)                       | <input type="checkbox"/> Loción para el alivio de la picazón (como Calamine, Caladryl u otra) |
| <input type="checkbox"/> Antiácido (Tums)                                                       |                                                                                               |

Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Su campista tiene restricciones o no puede participar en alguna actividad física?  SÍ  NO

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Proporcione un registro de tratamientos médicos anteriores, si los hubiera, incluyendo lesiones o cirugías:

La campista tiene los siguientes problemas de salud/alergias:

- TDAH  Asma  Diabetes  Dolores de cabeza  Convulsiones  Otro: \_\_\_\_\_  
 Alergias (especifique): \_\_\_\_\_ ¿Anafilaxia?  SÍ  NO

La campista tiene las siguientes restricciones dietéticas:

- Lactosa  Vegetariana  Sin gluten  Maní/Frutos secos  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (no padre/madre):

Relación:

Teléfono: ( )

Celular: ( )

### Autorización del padre/madre/tutor

Este formulario de salud está completo y es preciso. No conozco ninguna razón, aparte de la información indicada en este formulario, por la cual mi hija no debería participar en las actividades indicadas, incluidas las excursiones, excepto las señaladas. En caso de que mi hija necesite atención médica mientras participa en actividades de Girl Scouts, autorizo al adulto a cargo a asegurarse de que mi hija reciba atención médica de rutina, medicamentos, primeros auxilios razonables y a transportar a mi hija a un centro de atención médica para recibir servicios de emergencia, según sea necesario. Doy mi consentimiento para tomar fotografías/videos a mi campista con fines publicitarios.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Autorización del miembro adulto

Este historial médico está completo y es preciso. Puedo participar en todas las actividades indicadas, excepto las señaladas. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías/videos con fines publicitarios.

Firma del miembro adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_