

Año de membresía ____/____
Grado actual en el colegio _____

Nombre de la niña: Primero _____ Medio _____ Apellido _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

1. Doy / damos permiso a adultos certificados para que administren primeros auxilios a mi hija o soliciten y que reciba ayuda de un médico o hospital si la situación lo requiere. Entiendo que mi hija está cubierta por el Seguro de Accidentes de Girl Scouts. No agunto la tropa, sus líderes o las Girl Scouts of Gulfcoast Florida, Inc. con culpa en caso de un accidente .
2. Autorizo / autorizamos al médico o al personal del hospital a proporcionar tratamiento médico de emergencia o anestesia para que se administre en mi / nuestra ausencia. Esta autorización incluye, pero no se limita a, cualquier tratamiento de emergencia y / o procedimiento quirúrgico considerado necesario por el personal calificado. Yo / nosotros entendemos, que por ley, un establecimiento de salud no puede proporcionar el tratamiento necesario a menos que el padre / tutor este con la niña o proporciona la autorización correspondiente.
3. Reconozco que COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona en la comunidad. Todos deben tomar todas las precauciones razonables para limitar la exposición de las niñas, los voluntarios, las familias y la comunidad. Como con cualquier actividad social, la participación en Girl Scouts podría presentar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como COVID-19, y de ninguna manera se puede garantizar que la infección por COVID-19 o otras enfermedades infecciosas no ocurrirá a través de la participación en las actividades del programa Girl Scout. Mi niña no vendrá y ni participará en ninguna actividades de Girl Scouts si se enferma con síntomas de COVID-19, prueba positiva de COVID-19, o ha estado expuesta a alguien con síntomas o alguien con COVID-19 sospechado de acuerdo con las pautas de lod CDC.

REGISTRO HISTORIAL DE SALUD DE LA NINA. Este historial de salud debe ser completado y firmado por los padres / tutores de la niñas.

Nombre del medico _____ Teléfono _____

Proveedor médico / hospital familiar _____ Poliza o grupo # _____

Fecha del último examen de salud _____

¿Hubo problemas médicos complicados observados en el último examen de salud? _____

Tenga en cuenta cualquier información adicional relacionada con la salud conductual, física o emocional de la niña y adjúntela a este formulario.

HISTORIAL DE SALUD (marque todos los que correspondan)			
Enfermedades	Alergias	Enfermedad crónica o recurrente	Mi hija tiene permiso de tomar o usar lo siguiente:
<input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Meas Sarampión alemán <input type="checkbox"/> Trastornos renales <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Animales _____ <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Fiebre del heno _____ <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos _____ <input type="checkbox"/> Medicina/drogas _____ <input type="checkbox"/> Plantas _____ <input type="checkbox"/> Polen _____ <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones de oído <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco/enfermedad <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Trastornos musculoesqueléticos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminophen <input type="checkbox"/> Advil/Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Sudafed/descongestionante <input type="checkbox"/> Benadryl/antihistamínico <input type="checkbox"/> Pepto Bismol <input type="checkbox"/> Tums/antiácido <input type="checkbox"/> Repelente de insectos <input type="checkbox"/> Hydrocortisone/erupción anti-picazón <input type="checkbox"/> Gold Bond/erupción anti-calor <input type="checkbox"/> Bloqueador solar <input type="checkbox"/> Neosporin/triple antibiótico <input type="checkbox"/> Sting stick para picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta <input type="checkbox"/> Gotas para los oídos

NECESIDADES ESPECIALES (marque todas las que correspondan):	INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO - DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA:
<input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales <input type="checkbox"/> Tra Rasgo o enfermedad falciforme <input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Ha comenzado su hija su ciclo menstrual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Disturbios del sueño <input type="checkbox"/> Calambres menstruales <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Régimen dietético especial <input type="checkbox"/> Molestia por movimiento

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

Las siguientes personas están **AUTORIZADAS** para recoger a mi hija:

Nombre _____ Relación _____

Las siguientes personas están **PROHIBIDAS** de recoger a mi hija:

Nombre _____ Relación _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, notifique: _____ Relación _____

Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

POR FAVOR INICIE TODOS ABAJO

_____ **Mi hija tiene permiso para llevar y administrar su propio medicamento, como: inhaladores bronquiales; epipen; o medicamento para la diabetes.**

_____ **Mi hija entiende completamente que no le está permitido dar ningún medicamento que ella tenga con ella a ningún otra persona e informará a la persona a cargo de los primeros auxilios cuando ella misma haya tomado este medicamento.**

_____ **Avisaré al líder de la tropa si mi niña ha dado positivo por COVID-19, para que los miembros de la tropa puedan estar informados. El concilio informará a las familias, manteniendo la información de salud de los miembros estrictamente confidencial.**

_____ **Este historial de salud es completo y preciso según mi leal saber y entender. Yo afirmo que las inmunizaciones de mi hija están actualizadas.**

_____ **Este formulario de consentimiento sirve como permiso para que mi hija participe en todas las actividades de Girl Scouts a menos que observado por mí por escrito.**

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Líderes de la tropa, guarde una copia del Formulario de Consentimiento de los Padres y el Formulario de Registro de Niñas en sus registros. Los formularios deben acompañarlo cuando asista a reuniones, excursiones o un evento del programa patrocinado por el consejo.



4780 Cattlemen Rd., Sarasota, FL 34233
941-921-5358 ♦ 800-232-4475

www.gsgcf.org