

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 la CDC.

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

Nombre del médico _____ 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:
☐ Varicela ☐ Meas Sarampión alemán ☐ Trastornos renales ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Fiebre reumática ☐ Tuberculosis ☐ Otro (especificar) _____	☐ Animales _____ ☐ Comida _____ ☐ Fiebre del heno _____ ☐ Picaduras de insectos _____ ☐ Medicina/drogas _____ ☐ Plantas _____ ☐ Polen _____ ☐ Otro (especificar) _____	☐ Asma ☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Diabetes ☐ Infecciones de oído ☐ Defecto cardíaco/enfermedad ☐ Hipertensión ☐ Hipotensión ☐ Hipoglucemia ☐ Trastornos musculoesqueléticos ☐ Convulsiones ☐ Sinusitis ☐ Otro (especificar) _____	☐ Tylenol/Acetaminophen ☐ Advil/Ibuprofeno ☐ Sudafed/descongestionante ☐ Benadryl/antihistamínico ☐ Pepto Bismol ☐ Tums/antiácido ☐ Repelente de insectos ☐ Hydrocortisone/erupción anti-picazón ☐ Gold Bond/erupción anti-calor ☐ Bloqueador solar ☐ Neosporin/triple antibiótico ☐ Sting stick para picaduras de insectos ☐ Pastillas para la garganta ☐ Gotas para los oídos

NECESIDADES ESPECIALES (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| ☐ Desmayo | ☐ Disturbios del sueño |
| ☐ Mojar la cama | ☐ Calambres menstruales |
| ☐ Estreñimiento | ☐ Hemorragias nasales |
| ☐ Disturbios emocionales | ☐ Discapacidad auditiva |
| ☐ Tra Rasgo o enfermedad falciforme | ☐ Régimen dietético especial |
| ☐ Usa gafas o lentes de contacto | ☐ Molestia por movimiento |
| ☐ Otro _____ | |

¿Ha comenzado su hija su ciclo menstrual? Sí ☐ No ☐

INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO - DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA:

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