



Girl Scouts of San Diego and Imperial Valley  
**Girl Health History Record**

This health history is to be completed and signed by parents/guardians of girls.

Girl's name:	Phone:	Name of family physician:
Family medical/hospital insurance carrier:	Policy or group no.	Physician phone: ( )

Illnesses and injuries: (Check those that apply.)

Ear infection     Bleeding/clotting disorders     Hypertension     Asthma  
 Heart defect/disease     Musculo-skeletal disorders     Seizures     Diabetes     Other (specify) \_\_\_\_\_

Date of last health examination: \_\_\_\_\_

Were any complicating medical problems noted in last health examination? \_\_\_\_\_

Allergies: (Check those that apply and specify nature of allergic reaction.)

Animals \_\_\_\_\_     Hay fever \_\_\_\_\_  
 Pollen \_\_\_\_\_     Food \_\_\_\_\_  
 Medicines/drugs \_\_\_\_\_     Insect stings \_\_\_\_\_  
 Plants \_\_\_\_\_     Other (specify) \_\_\_\_\_

Immunization History:

Immunization	Year Primary Series Completed	Year of Last Booster
DTP	_____	_____
Diphtheria		
Pertussis (whooping cough)		
Tetanus		
TB	_____	_____
Measles	_____	_____
Mumps	_____	_____
Rubella (German Measles)	_____	_____
Oral Polio	_____	_____
Other (specify) _____		

Other health conditions: (Check those that apply.)

Bed wetting     Emotional disturbances  
 Constipation     Fainting  
 Menstrual cramps     Hearing impairment  
 Motion sickness     Sickle cell trait or disease  
 Nosebleeds     Special dietary regimen  
 Sleep disturbances     Wears glasses or contact lenses  
 Other (specify) \_\_\_\_\_

Please explain any items that are checked. Indicate any information useful to the adult in charge in relation to any of these health conditions. Also, indicate any activities to be encouraged or restricted.

I know of no reason(s), other than the information indicated on this form, why my daughter should not participate in prescribed activities except as noted.

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

WEB CS:av MB-0079CW.doc 9/03/10



Girl Scouts, San Diego-Imperial Council  
**Historia Médica de la Niña**

Esta sección la deben llenar los padres o tutores de la niña.

Nombre de la niña	Numero de teléfono	Nombre del médico de familia
Seguro médico	Número de póliza	Teléfono del médico de familia

Enfermedades y accidentes: (Marque lo que corresponda.)

Infecciones de oído     Sangramiento/problemas de coagulación     Hipertensión     Asma     Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Defecto/enfermedad cardiaca(a)     Desarreglos musculares u ortopédicos     Ataques epilépticos     Diabetes

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_

¿Se detectaron complicaciones médicas en el último examen físico? \_\_\_\_\_

Allergias: (Marque las que correspondan y explique el tipo de reacción alérgica.)

Animales \_\_\_\_\_     Fiebre del heno \_\_\_\_\_  
 Polen \_\_\_\_\_     Alimentos \_\_\_\_\_  
 Medicamentos \_\_\_\_\_     Picaduras de insectos \_\_\_\_\_  
 Plantas \_\_\_\_\_     Otras (especifique) \_\_\_\_\_

Vacunas:

Tipo de vacuna	Año en que se vacunó	Año en que se renovó la vacuna
DTP	_____	_____
Difteria		
Pertussis (tosferina)		
Tétano		
Tuberculosis	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Paperas	_____	_____
Rubéola (German Measles)	_____	_____
Polio (oral)	_____	_____
Meningitis	_____	_____
Prueba de tuberculosis (la más reciente) Resultado	_____	_____
Otras _____		

Otros problemas médicos: (Marque los que correspondan.)

Se orina en la cama     Perturbación emocional  
 Estreñimiento     Desmayos  
 Dolores con la menstruación     Dificultad al oír  
 Se marea en vehículos     Anemia (Sickle Cell)  
 Le sangra la nariz     Dieta especial  
 Mal dormir     Usa lentes o lentes de contacto  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Use este espacio para cualquier explicación adicional a los datos médicos suministrados. Explique cualquier tipo de información que sería útil al adulto a cargo de la niña en caso de que se presente un problema médico. Además, indique cuales actividades deberán evitar para el bien de la niña.

A mi entender no existe(n) motivo(s), exceptuando los indicados en esta sección, por el (los) cual(es) mi hija no pueda participar en las actividades que se le recomienden.

Firma de padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

WEB CS:av MB-0079CW.doc 9/03/10