



# Historia médica para adultos

(Para ser llenada y firmada por el adulto--la información será confidencial)

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad y código postal
Número de teléfono durante el día	Número de teléfono durante la noche
En caso de emergencia avise a	Parentesco
Número de teléfono durante el día	Número de teléfono durante la noche
Nombre del médico familiar	Teléfono
Nombre del dentista	Teléfono

**Nota:** Todos los miembros inscritos en Girl Scouts tienen cobertura de seguro contra accidentes.

### Enfermedades crónicas o recurrentes (marque las aplicables y proporcione las fechas)

- Infección de oído       Hemorragias/trastornos de coagulación       Hipertensión       Asma       Otra (especifique) \_\_\_\_\_  
 Deficiencia/enfermedad cardíaca       Trastornos musculoesqueléticos       Convulsiones       Diabetes
- Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_ Por favor anote cualquier complicación médica determinada en el último examen médico: \_\_\_\_\_

¿La participante actualmente está bajo atención de un médico, psiquiatra o psicólogo?  Sí  No

### Desde el último examen médico la participante tuvo: Sí No

- ¿Una lesión grave que requirió de atención médica?              
 ¿Un medicamento con o sin receta médica?              
 ¿Tratamiento en un hospital o una sala de urgencias?              
 ¿Una exposición a una enfermedad contagiosa?              
 ¿Una enfermedad que duró más de cinco días?              
 ¿Una intervención quirúrgica o una fractura?              
 ¿Una restricción relacionada con las actividades físicas?

Por favor, explique cualquier respuesta afirmativa a estas preguntas. Incluya fechas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Marque cualquier alergia o especifique la naturaleza de la reacción alérgica.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Otras condiciones médicas (marque las aplicables)

- Alteraciones emocionales       Desmayo  
 Constipación       Impedimento auditivo  
 Cólicos menstruales       Característica/enfermedad de célula falciforme  
 Hemorragias nasales  
 Trastornos de sueño       Régimen dietético especial  
 Mareos       Uso de anteojos o lentes de contacto  
 Otra (especifique) \_\_\_\_\_

### Historia de vacunación

¿Todas las vacunas están actualizadas?  Sí  No

De no ser así, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la última antitetánica \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No

Por favor explique cualquier punto marcado. Indique cualquier información útil para el adulto a cargo relacionada con alguna de estas condiciones. Asimismo, indique las actividades que deben restringirse.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta historia médica está correcta y puedo participar en todas las actividades prescritas excepto las siguientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de emergencia, si no puede localizarse a ninguno de los anteriores, doy mi consentimiento para mi tratamiento bajo la supervisión de y conforme a lo recomendable por un médico autorizado bajo la Ley de Práctica Médica. Por este conducto se da autorización de acuerdo con la Sección 25.8 del Código Civil de California. Yo estoy de acuerdo a someter los documentos necesarios para el tratamiento, la referencia, pagos o para casos de seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_