



# Historial Médico de las Niñas y Formulario de Permiso Anual

Del 1 de Octubre del 20\_\_ al 30 de Septiembre del 20\_\_

Este formulario debe ser completado y firmado por los padres/tutores de las niñas en el momento de la inscripción, y debe ser entregado al líder de la tropa. Esta información es confidencial y sólo se compartirá con las personas que estén al cuidado de las niñas, como personas encargadas de suministrar primeros auxilios.

Nombre de la niña:	Teléfono: ( ) ( )	Nombre y teléfono del médico de familia: ( ) ( )
Compañía de aseguranza médico/hospital:	Número de póliza o grupo.	Nombre y teléfono del dentista de la familia: ( ) ( )

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_ Lista de actividades restringidas: \_\_\_\_\_

Por favor, anote cualquier condición médica o información que debe tenerse en cuenta en caso de tener que proporcionar cuidados médicos:

- Asma  Hemorragias  Diabetes  Discapacidad auditiva  Problemas o enfermedades cardíacas  Convulsiones
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Dispositivos adaptativos:

- Lentes/lentes de contacto  Audífonos  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Alergias — especifique el riesgo de exposición (ingestión/inhalación/tacto), reacción y tratamiento, según corresponda:

- Animales \_\_\_\_\_  Comida \_\_\_\_\_

- Fiebre del heno/plantas/polen \_\_\_\_\_  Picaduras de insectos \_\_\_\_\_
- Medicamentos \_\_\_\_\_  Otros \_\_\_\_\_

Necesidades dietéticas: describa el tipo de alimentación que se debe seguir: \_\_\_\_\_

Historial de vacunación:

Afirmo que mi hija/dependiente tiene todas las vacunas requeridas por las escuelas públicas de California (ver [www.shotsforschools.org](http://www.shotsforschools.org)).

- Sí  No Fecha de la última vacuna contra el tétanos/DPT: \_\_\_\_\_

Medicamentos requeridos o restringidos:

- o Mi hija/dependiente necesita o puede necesitar cualquiera de los siguientes medicamentos, por ejemplo, inhalador, inyector de epinefrina, insulina o acomodaciones específicas durante su participación en la actividad con su tropa o individualmente. (Escriba "Ninguno" si no hay ninguna necesidad específica.) \_\_\_\_\_
- o Proporcionaré los siguientes medicamentos para mi hija/dependiente. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en su embalaje original y deben tener instrucciones escritas describiendo su forma de uso. Los medicamentos recetados deben incluir instrucciones del médico. (Escriba "Ninguno" si no hay ninguna necesidad específica.) \_\_\_\_\_
- o Los médicos, enfermeras, profesionales de la salud o personas encargadas de suministrar primeros auxilios *no deben* administrar los siguientes medicamentos o tratamientos: (Escriba "Ninguno" si no hay ninguna necesidad específica.) \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad o accidente, autorizamos a que nuestra hija/dependiente pueda recibir la atención médica o la medicación y tratamiento según lo prescrito por su doctor o como lo determine el personal médico, enfermera, profesional de la salud o socorrista que haya disponible.

No conozco ninguna razón, aparte de la información indicada en este formulario, por la cual mi hija/dependiente no debería participar en las actividades que se organicen, con la excepción de las que se han indicado anteriormente. Si no puedo ser contactado en caso de emergencia, el personal a cargo del liderazgo de la tropa puede actuar en mi nombre para proporcionar tratamiento médico de emergencia y/o el transporte que se requiera.

Permiso opcional para dar medicamentos sin receta o productos de protección:

Doy permiso al personal de primeros auxilios para que puedan administrar los siguientes medicamentos sin receta a mi hija, de acuerdo con las instrucciones del producto.

Medicamentos sin receta	Permiso	Iniciales	Medicamentos sin receta	Permiso	Iniciales
Acetaminofeno (como Tylenol)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Neomicina (como Neosporin)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ibuprofeno (como Advil)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dimenhidrinato (como Dramamine)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Carbonato de calcio (como Tums)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Protector solar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Subsalicilato de bismuto (como Pepto Bismol)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Repelente de insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pseudoefedrina (como Sudafed)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Difenhidramina (como Benadryl)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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

Complete la sección de permisos anuales, en el reverso.

Este formulario debe ir acompañado de la Hoja de Información Familiar. Cualquier pregunta o preocupaciones acerca de este formulario deben dirigirse al líder de la tropa, o mandar un mensaje al correo electrónico [customercare@sdgirlscouts.org](mailto:customercare@sdgirlscouts.org).



## Permiso Anual

Este lado debe ser completado por los padres/tutores de todas las niñas. Esta información se podrá compartir con otros voluntarios de la tropa cuando sea necesario.

Use letra de molde.

Nombre de la niña:	Número de tropa:	Fecha de nacimiento:	Escuela en el 20 __-__-__	Curso:
Dirección:		Teléfono principal/teléfono de la niña, si lo tuviera: ( )	Correo electrónico de la niña, si lo tuviera:	
Nombre del padre/tutor 1		Teléfono padre/tutor 1 : ( )	Correo electrónico padre/tutor 1:	
Dirección del padre/tutor 1, si es diferente al de la niña:			Relación con la niña:	
Nombre del padre/tutor 2		Teléfono padre/tutor 2 : ( )	Correo electrónico padre/tutor 2:	
Dirección del padre/tutor 2, si es diferente al de la niña:			Relación con la niña:	
¿Hay algún problema de custodia o razones por las cuales su hija no debería ser entregada a cualquiera de los padres o tutores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor describa las razones:				
Nombre de una persona responsable, distinta de la anterior, con la que se puede contactar en caso de emergencia:		Teléfono de la persona responsable: ( )	Correo electrónico de la persona responsable:	
Información de contacto adicional para cualquiera de los anteriores:				
¿Permite que su hija camine a casa sola después de una reunión o una actividad de Girl Scouts? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otras personas adicionales autorizadas para recoger a su hija (ejemplo: conductor de <i>carpool</i> , niñera)		

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales _____	<p>Permiso para actividades rutinarias y excursiones: Mi hija/dependiente tiene permiso para viajar a, asistir y participar en las actividades patrocinadas por la tropa y el concilio que están 1) ubicadas dentro de San Diego o el condado de Imperial, 2) no excedan de 8 horas o requieran pasar fuera la noche, y 3) no están consideradas de "mayor riesgo" de acuerdo con la Matriz de Puntos de Control de la Actividad de Seguridad (Safety Activity Checkpoints Matrix) descrita en <a href="http://www.sdgirlscouts.org/safety">www.sdgirlscouts.org/safety</a>; actividades que requieren ser autorizadas por parte de los padres/tutores se consideran de "mayor riesgo". Se requerirá contar con un Permiso para Viajes o Eventos firmado para cada evento que incluye esas actividades.</p> <p>Si se selecciona "No" en esta opción, se deberá firmar un formulario de permiso de viaje o evento por separado para cada viaje o evento que ocurra fuera del lugar y la hora normales de reunión.</p> <p>Los padres/tutores deberán ser informados de la actividad y los detalles de la excursión por adelantado, incluso cuando se use el formulario de permiso anual. Entiendo que el (los) líder (es) de la tropa comunicará sus planes con las familias a través de:</p> <p><input type="checkbox"/> El "asistente digital" (Volunteer Toolkit)    <input type="checkbox"/> Correo electrónico    <input type="checkbox"/> Otro (especificar)</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales _____	<p>Permiso para participar en actividades en donde se gestiona dinero: Mi hija/dependiente tiene permiso para participar en todas las actividades autorizadas y coordinadas por la tropa en las cuales se realizan gestiones con dinero, incluidas las ventas en casetas del programa de galletas. La participación en ventas de productos patrocinados por el concilio (programa de galletas, venta de otoño, etc.) requerirá formularios de permiso adicionales del concilio. Entiendo que los fondos ganados pertenecen a la tropa, y no a ningún individuo; Nuestra contribución al éxito de la tropa no da lugar a ningún beneficio financiero individual para mi hija o para mí.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales _____	<p>Permiso para el uso de fotografías: Por este medio, doy mi consentimiento a que videos, fotografías, películas, imágenes electrónicas y/o grabaciones de audio de mi hija/dependiente puedan ser utilizados por nuestra tropa y/o Girl Scouts para su uso en actividades de relaciones públicas y publicidad. Entiendo que su apellido y su lugar de residencia no serán utilizados para fines publicitarios sin mi consentimiento expreso.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Iniciales _____	<p>Autorización para recibir tratamiento médico de emergencia: Doy mi permiso para que un adulto encargado para este fin, pueda llevar a mi hija a un centro médico, si fuera necesario. En caso de emergencia, si no se puede contactar con ninguna de las personas citadas anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hija/dependiente pueda recibir tratamiento como considere conveniente un licenciado médico de acuerdo a las leyes que regulan la práctica de la medicina. De esta forma, se autoriza lo acordado en la sección 25.8 del Código Civil de California.</p>

Acomodaciones especiales: Mi hija/dependiente requiere de las siguientes acomodaciones especiales. (Escriba "Ninguno" si no hay ninguna necesidad específica.) \_\_\_\_\_

Consentimiento paterno: He leído y entiendo este Permiso Anual para los padres. Puedo cambiar o revocar cualquier aspecto de este acuerdo en cualquier momento enviando mi solicitud, por escrito, al líder de la tropa/grupo. No sé de ninguna razón por la cual mi hija/dependiente no pueda participar en las actividades prescritas excepto aquellas que se indica en el Historial Médico (ver el reverso de este documento).

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