



Girl Scouts.

HISTORIAL MÉDICO DE LA NIÑA

Este historial médico debe ser llenado completamente y firmado por el padre o guardián de la niña.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Tropa \_\_\_\_\_
Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_
Dirección de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con la niña \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_
Nombre del médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_
Nombre del seguro médico/hospital \_\_\_\_\_
Número de póliza o grupo \_\_\_\_\_

Información Étnica/Racial (Opcional – nos ayudara para servir a la diversidad de nuestra comunidad)

\_\_\_ Hispana/Latina \_\_\_ Nativa Americana \_\_\_ Asiática/Islas del Pacifico \_\_\_ Negra \_\_\_ Blanca \_\_\_ Otro

Parte I: Enfermedades y Lastimaduras (Marque las que correspondan e indique las fechas en que ocurrieron)

Enfermedades crónicas frecuentes:
\_\_\_ Infecciones de los oídos \_\_\_ Hemorragias/coagulación de la sangre \_\_\_ Enfermedades o defectos del corazón
\_\_\_ Hipertensión \_\_\_ Enfermedades musculares/ortopédicas \_\_\_ Asma
\_\_\_ Diabetes \_\_\_ Ataques
\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

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

¿Hubo algún cambio de salud notable en su último examen médico? \_\_\_\_\_

¿Esta usted actualmente bajo el cuidado de un médico o un psicólogo? \_\_\_\_\_

Desde su último examen, ha tenido:

¿Alguna herida grave que haya requerido atención médica? \_\_\_ ¿Esta tomando alguna medicina? \_\_\_
¿Algún tratamiento en el hospital o en la sala de emergencia? \_\_\_ ¿Alguna operación o fractura? \_\_\_
¿Alguna enfermedad por más de cinco días? \_\_\_ ¿Expuesto a enfermedad contagiosa? \_\_\_
¿Alguna restricción respecto a actividades físicas? \_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Parte II: Alergias (Marque todas las que correspondan y describa el tipo de reacción alérgica)

\_\_\_ Animales \_\_\_\_\_ Fiebre de heno \_\_\_\_\_
\_\_\_ Polen \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_
\_\_\_ Plantas \_\_\_\_\_ Picaduras de insecto \_\_\_\_\_
\_\_\_ Medicina \_\_\_\_\_
\_\_\_ Otras (especifique) \_\_\_\_\_

Parte III: Otras Condiciones de Salud (Marque los que correspondan)

\_\_\_ Se orina en la cama \_\_\_ Problemas emocionales
\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_ Desmayos
\_\_\_ Calambres menstruales \_\_\_ Problema de audición
\_\_\_ Problemas al dormir \_\_\_ Régimen dietético especial
\_\_\_ Hemorragia nasal \_\_\_ Nauseas en vehículos
\_\_\_ Célula falciforme \_\_\_ Usa lentes o contactos
\_\_\_ Otras (especifique) \_\_\_\_\_

Explique cualquier tipo de información en relación a estas condiciones de salud que le sea útil al adulto a cargo de la niña. Además, indique que actividades deberán ser limitadas: \_\_\_\_\_

Parte IV: Historial de Inmunización

Table with 3 columns: Vacunas, Año Que Completo Las Primera Serie, Año de Refuerzos. Rows include D.P.T., Difteria, Tos ferina, Tétano, Td, Sarampión, Paperas, Rubéola, Polio (oral), Hbpv, Otras, Prueba de tuberculina (mas reciente).

Consentimiento del Padre o Guardián:

En caso de una emergencia, se hará cualquier esfuerzo por localizar a los padres o a la persona indicada. Si no se puede localizar a ninguna persona, doy mi autorización a Girl Scouts of Monterey Bay de darle tratamiento a mi hija por un médico certificado de acuerdo a la Acta Medica Práctica, según la Sección 25.8 del Código Civil de California.

Firma del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_