



Girl Scouts.

Girl Scouts of Monterey Bay

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/Islands 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 _____