

# Health History / Activity Permission Form

## Tarjeta de Permiso de Actividades y Historia de Salud

Girl Name/Nombre de la Niña: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parent or Guardian Name/Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
 Street Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ ZIP/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Phone/Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Co-Leader Name/Nombre de co-líder: \_\_\_\_\_  
 5-Digit Troop #/Número de la tropa: \_\_\_\_\_

### EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA

Emergency Phone 1/Número de teléfono de emergencia 1: \_\_\_\_\_  
 Emergency Phone 2/Número de teléfono de emergencia 2: \_\_\_\_\_  
 Adult(s) other than parent/guardian listed above who have permission to pick up my Girl Scout:  
*Adultos aparte de los padres que tienen el permiso de recoger a mi Girl Scout:*

### AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN

I hereby authorize the adult in charge to obtain necessary emergency medical treatment for my daughter/ward from the nearest licensed emergency facility or from my personal physician. I give permission for my daughter/ward to be given the following medications/Autorizo que la persona encargada obtenga el tratamiento de emergencia o médico necesario para mi hija en el centro de emergencia mas cercano con nuestra médico familiar. Yo doy mi mermiso para que mi hija se le las siguiente medicaciones:

Tylenol  Ibuprofen  Aspirin  Other/Otra: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

### POLICY INFORMATION/INFORMACION DE PÓLIZA

I accept responsibility for any necessary expense incurred in the medical treatment of my child, which is not covered by the following /Acepto la responsabilidad de cualquier gasto necesario incurrido en el tratamiento médico de mi hija, que no está cubierto por el siguiente:

Health Insurance Company/Compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder/Nombre de Póliza: \_\_\_\_\_ Relationship to Child/Relación con niña: \_\_\_\_\_

Policy Number/Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

### ACTIVITY PERMISSION/PERMISO DE ACTIVIDAD

My daughter has my permission to participate in the activity listed below / Mi hija tiene permiso a participar en la actividad notada.

	ACTIVITY/ACTIVIDAD	DATE/FECHA	PLACE/LUGAR	COST/COSTO	BRING/WEAR/TRAIGA/LLEVE	LEAVE/SALIDA	RETURN/REGRESSO
1							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
2							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
3							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
4							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
5							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
6							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	
7							
	Parent Signature/Firma de los Padres:					Date/Fecha:	

### HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD

#### HEALTH CONDITIONS/CONDICIONES O PROBLEMAS DE SALUD

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma                     | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 2/Diabetes Tipo 2        |
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias              | <input type="checkbox"/> Ear Infection/Infección de los oídos   |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Kidney, Bladder/Riñoñes, vejiga        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1/Diabetes Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Heart Disease/Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> Other/Otra: _____               |   |

#### DISABILITIES/DISABILIDADES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hearing/Oído                          | <input type="checkbox"/> Orthopedic/Ortopedico |
| <input type="checkbox"/> Learning/Aprendizaje                  | <input type="checkbox"/> Visual                |
| <input type="checkbox"/> Glasses or Contacts/Gafas o contactos |  |
| <input type="checkbox"/> Other/Otra: _____                     |  |

#### MEDICAL EXAM/HISTORIA DE SALUD

Date of Last Health Exam/Fecha de su último exámen de salud: \_\_\_\_\_

Any problems noted during the last health exam? If yes, specify.  
 ¿Algún problema observado durante el último examen de salud? Si es así, especifique.  
 No  Yes/Sí: \_\_\_\_\_

Any medications prescribed by a physician to be taken on a regular basis? If yes, specify.  
 ¿Debe tomar medicamentos prescritos por el médico regularmente? Si es así, especifique.  
 No  Yes/Sí: \_\_\_\_\_

#### IMMUNIZATIONS/INMUNIZACIONES (INCLUDE DATES/INCLUYA LAS FECHAS)

Polio: \_\_\_\_\_ DPT: \_\_\_\_\_

MMR: \_\_\_\_\_ Tetanus/Tetano: \_\_\_\_\_

Tuberculin Test/Prueba de tuberculina: \_\_\_\_\_

Family Physician Name/Nombre de médico familiar: \_\_\_\_\_

Phone/Número de teléfono: \_\_\_\_\_