



## Formulario de historial de salud de niñas y adultos

Este formulario debe acompañar al líder de tropa en cada evento, actividad o viaje. La información debe actualizarse periódicamente. Por favor, complete ambos lados de este formulario y devuélvalo al líder de tropa.

---

### Miembro chica

### Miembro adulta

Tropa #: \_\_\_\_\_ o Unidad de Servicio Individual: \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ El apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la madre / tutor # 1:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la madre / tutor # 2:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

---

### Información de salud:

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Vacunas al día?      Sí      No

Nombre de la médica de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora de seguro médico/hospitalario familiar: \_\_\_\_\_

Política/Grupo #: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro dental familiar: \_\_\_\_\_ Política/Grupo #: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de salud: \_\_\_\_\_

¿Había algún problema médico en ese momento? Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿La participante ha tenido cirugías o lesiones recientes? Sí      No

En caso afirmativo, explique y especifique la fecha: \_\_\_\_\_

¿El participante toma regularmente algún medicamento recetado? Sí      No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos y el motivo: \_\_\_\_\_

¿El participante tiene restringido o limitado poder participar en alguna actividad física? Sí      No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**El participante tiene las siguientes condiciones de salud/alergias:**

Nada      ADHD      Asma      Diabetes      Dolores de cabeza      Convulsiones

Otra: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia #1  
(persona que no sea padre/tutor) Nombre:

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia #2  
(persona que no sea padre/tutor) Nombre:

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

---

### Autorización de los padres/tutores:

Entiendo que mi niña Scout no podrá participar si presenta signos de enfermedad o tiene un problema médico no diagnosticado. Además, entiendo que si mi niña Scout presenta signos de enfermedad al llegar a la actividad o se enferma durante la misma, se me pedirá que la recoja antes de la actividad, a mi propio cargo, y el/la líder podrá reembolsarme cualquier pago realizado por esta actividad: ☐ Sí ☐ No

Entiendo que las enfermedades transmisibles, incluyendo la COVID-19, siempre han presentado riesgos para las socias de Girl Scouts. Si bien GSMISTS toma todas las precauciones de seguridad y prevención, no puede garantizar que no se produzca la propagación de enfermedades transmisibles a través de la participación en sus programas: ☐ Sí ☐ No

Entiendo que debo proporcionar permiso por escrito al socorrista en el Formulario de Permiso para Tratamiento de Viaje de Tropa para cualquier medicamento que mi Girl Scout pueda necesitar. Entiendo que este permiso por escrito debe incluir el nombre del medicamento, la dosis, las horas y fechas de administración, y el motivo de la medicación. El medicamento debe estar en su envase original y entregarse al socorrista. Por la presente, autorizo a GSMISTS a que busque tratamiento médico para mi Girl Scout por parte de un médico colegiado, de conformidad con la Ley de Licencias para el Cuidado Infantil de Michigan 116 de 1973. También acepto ser financieramente responsable de todos los gastos asociados con la atención médica para mi Girl Scout: ☐ Sí ☐ No

Certifico que este Formulario de Historial Médico es completo y exacto. No conozco ninguna razón, aparte de la información incluida en este formulario, por la que mi Girl Scout no deba participar en las actividades prescritas, salvo lo indicado: ☐ Sí ☐ No

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/tutor

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización de miembro adulta

Entiendo que no debo participar si parezco estar enfermo o tengo un problema médico sin diagnosticar. Además, entiendo que si parezco estar enfermo al llegar a una actividad o me enfermo durante ella, se me pedirá que abandone la actividad a mi propio costo, y el líder podrá reembolsarme cualquier tarifa que haya pagado por esta actividad: ☐ Sí ☐ No

Entiendo que las enfermedades transmisibles, incluyendo la COVID-19, siempre han presentado riesgos para las socias de Girl Scouts. Si bien GSMISTS toma todas las precauciones de seguridad y prevención, no puede garantizar que no se produzca la propagación de enfermedades transmisibles a través de la participación en sus programas: ☐ Sí ☐ No

Entiendo que debo proporcionar permiso por escrito al socorrista en el Formulario de Permiso para Tratamiento de Viaje de Tropa para cualquier medicamento que necesite. Entiendo que este permiso por escrito debe incluir el nombre del medicamento, la dosis, las horas y fechas de administración, y el motivo de la administración. El medicamento debe estar en su envase original y entregarse al socorrista. Por la presente, autorizo a GSMISTS a que busque tratamiento médico para mí con un médico colegiado. También acepto ser responsable de todos los gastos asociados con esta atención médica: ☐ Sí ☐ No

Certifico que este Formulario de Historial Médico es completo y exacto. No conozco ninguna razón, aparte de la información incluida en este formulario, por la que no deba participar en las actividades prescritas, salvo lo indicado: ☐ Sí ☐ No

---

Nombre del miembro adulto en letra de imprenta

---

Firma de miembro adulta

Fecha: \_\_\_\_\_