Girl Scouts.

Tropa # _____
Unidad de Servicio
_____

Girl Scouts of the Desert Southwest
REGISTRO SOBRE HISTORIAL DE SALUD DE LA NIÑA
Registro de la Líder

Nombre de la Niña _____ _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre

Tel. de la casa de los Padres/Guardianes _____ Tel. del trabajo _____
Tel. del celular _____ E-mail _____
Nombre del médico de familia _____ Teléfono _____
Nombre del seguro de salud de la familia _____ No. de Grupo _____

Parte I: Enfermedades y lesiones (Subraye todos los que aplican a la niña.)
□ Infección del oído □ Desórdenes de la sangre □ Hipertensión □ Hipotensión □ Asma
□ Hipoglicemia □ Defecto/Prob. del corazón □ Ataques □ Desórdenes de los Músculos
□ Diabetes □ Otro (explique) _____
Fecha del último exámen médico: _____
¿Hubieron algunos problemas médicos serios que se notó en el último exámen médico? _____

Parte II: Alergias (Subraye todos los puntos que aplica y explique el tipo de reacción alérgica.)
□ Animales _____ □ Fiebre del heno _____
□ Polen _____ □ Alimentos _____
□ Medicinas _____ □ Picadura de insectos _____
□ Plantas _____ □ Otro (explique) _____

Parte III: Otras condiciones de salud (Subraye aquellos que aplican.)
□ Orinar en la cama □ Constipación □ Calambres menstruales □ Mareos causado por movimiento □ Desmayos
□ Hemorragia nasal □ Disturbios de dormir □ Disturbios emocionales □ Usa lentes o contactos
□ Impedimento auditivo □ Regimen de dieta especial □ Anemia de celulas deformes □ Otro(explique) _____

Parte IV: Historial de Inmunización

Inmunización	Año primario series completadas	Año de la última vacuna
D.T.P.- Dipteria, Pertusis (tos ferina), Tétano	_____	_____
Td-	_____	_____
Sarampión-	_____	_____
Papera-	_____	_____
Rubéola-	_____	_____
Polio Oral-	_____	_____
Hib-	_____	_____
Test de Tuberculina (más reciente)	Resultado	_____
Otro _____	_____	_____

Por favor, explique todos los puntos que han sido subrayados. Indique cualquier información útil para el adulto a cargo de la niña en relación a estas condiciones de salud. Además, indique cualquier actividad especifica para tomar parte o para restringir.

_____

Medicinas que toma actualmente (deben estar en el envase original con indicación sobre dósis). _____

Restricciones en su dieta. _____

Contacto de Emergencia:
Nombre _____ Relación _____

Tel. de la casa _____ del trabajo _____ Celular _____

No conozco otra razón aparte de la información indicada en este documento por la cual mi hija no podría participar en actividades prescritas, a excepción de la información anotada en la presente.

Firma de los padres/guardianes _____ fecha _____