

Expediente de Antecedentes de Salud						Adulto <input type="checkbox"/>	Niña <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA PARTICIPANTE		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	NO. DE TROPA O GROUP	NOMBRE(S) DEL PADRE O TUTOR	
DIRECCIÓN						TELÉFONO: (CÓDIGO DE ÁREA) DÍA (CÓDIGO DE ÁREA) TARDE	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) DÍA	(CÓDIGO DE ÁREA) TARDE	EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: NOMBRE RELACIÓN		
COMPAÑÍA DE SEGURO FAMILIAR MÉDICO Y/O DE HOSPITAL:		NOMBRE DEL DOCTOR FAMILIAR:		NO. DE PÓLIZA O DE GRUPO	TELÉFONO: (CÓDIGO DE ÁREA) DÍA (CÓDIGO DE ÁREA) TARDE		

<p><b>parte 1:</b> MARQUE AQUELLOS QUE SE APLIQUEN Y PROPORCIONE FECHAS</p> <p><b>ENFERMEDADES:</b></p> <p><input type="radio"/> VARICELA _____</p> <p><input type="radio"/> SARAMPIÓN _____</p> <p><input type="radio"/> RUBÉOLA _____</p> <p><input type="radio"/> PAPERAS _____</p> <p><input type="radio"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____</p> <p><b>ALERGIAS:</b></p> <p><input type="radio"/> ANIMALES _____</p> <p><input type="radio"/> ALIMENTOS _____</p> <p><input type="radio"/> FIEBRE DEL HENO _____</p> <p><input type="radio"/> PICADURAS DE INSECTOS _____</p> <p><input type="radio"/> MEDICINAS _____</p> <p><input type="radio"/> PLANTAS _____</p> <p><input type="radio"/> POLEN _____</p> <p><input type="radio"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____</p> <p><b>ENFERMEDADES CRÓNICAS O RECURRENTE:</b></p> <p><input type="radio"/> INFECCIONES DEL OÍDO _____</p> <p><input type="radio"/> ENFERMEDAD Y/O DEFECTOS CARDIACOS _____</p> <p><input type="radio"/> CONVULSIONES _____</p> <p><input type="radio"/> TRASTORNOS DE HEMORRAGIAS Y/O COÁGULOS _____</p> <p><input type="radio"/> ASMA _____</p> <p><input type="radio"/> HIPERTENSIÓN _____</p> <p><input type="radio"/> DIABETES _____</p> <p><input type="radio"/> TRASTORNOS MUSCULOESQUELETALES _____</p> <p><input type="radio"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____</p>	<p><b>parte 2: Otras Condiciones:</b></p> <p><input type="radio"/> ENURESIS (ORINARSE EN LA CAMA)      <input type="radio"/> DESMAYOS      POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MARCADA. (USE EL DORSO DE SER NECESARIO)</p> <p><input type="radio"/> CONSTIPACIÓN      <input type="radio"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN</p> <p><input type="radio"/> CALAMBRES MENSTRUALES      <input type="radio"/> CARACTERÍSTICA O ENFERMEDAD DREPANOCÍTICA      INDIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN ÚTIL AL ADULTO A CARGO CON LO RELACIONADO A CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD. (USE EL DORSO DE SER NECESARIO)</p> <p><input type="radio"/> MAREOS CON EL MOVIMIENTO      <input type="radio"/> RÉGIMEN DIETÉTICO ESPECIAL</p> <p><input type="radio"/> SANGRADO DE NARIZ      <input type="radio"/> USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO</p> <p><input type="radio"/> TRASTORNO DEL SUEÑO      <input type="radio"/> OTRO (ESPECIFIQUE)      ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A SER MOTIVADAS O RESTRINGIDAS (USE EL DORSO DE SER NECESARIO)</p> <p>¿FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE SALUD? _____</p> <p>¿ALGÚN PROBLEMA MÉDICO DE COMPLICACIÓN MENCIONADO EN EL ÚLTIMO EXAMEN DE SALUD? _____ POR FAVOR DESCRIBA LAS CONDICIONES Y PROPORCIONE FECHAS PARA CUALQUIERA DE LAS RESPUESTAS QUE HAYAN SIDO "SI":</p> <p>DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN ¿LA PARTICIPANTE HA TENIDO:</p> <p>OPERACIONES O LESIONES SERIAS QUE REQUIRIERON ATENCIÓN MÉDICA? _____</p> <p>HOSPITALIZACIONES O VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIA? _____</p> <p>UNA ENFERMEDAD QUE DURÓ MÁS DE CINCO DÍAS? _____</p> <p>EXPOSICIÓN A UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA? _____</p> <p>¿LA PARTICIPANTE ESTÁ ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR O PSICÓLOGO? _____</p> <p>¿ESTÁ USANDO MEDICINAS CON O SIN RECETA? _____</p> <p>¿HA TENIDO CUALQUIER RESTRICCIÓN RELACIONADA A ACTIVIDADES FÍSICAS? _____</p> <p><i>Estos antecedentes de salud son completos y precisos. Mi hija tiene permiso de participar en todas las actividades prescritas, excepto por lo anotado por mí y por el doctor examinador. En caso de enfermedad o lesión, yo/nosotros doy(damos) permiso para que ella reciba primeros auxilios y para que reciba tratamientos de emergencia de parte de un médico con licencia. Se entiende que todos los esfuerzos razonables se llevarían a cabo para contactar al padre o tutor. Yo/nosotros además libero/liberamos a Girl Scouts of Oregon and Southwest Washington, Inc. de cualquier responsabilidad civil o daños incluyendo cualquier queja por lesiones incurridas por mi/nuestra hija como resultado de la participación en esta actividad de Girl Scout.</i></p>
---	---

FIRMA DEL (DE LOS) PADRE(S) Y/O TUTOR _____	FECHA _____
<i>Estos antecedentes de salud son completos y precisos. Soy capaz de participar en todas las actividades prescritas excepto por lo anotado.</i>	
FIRMA DEL ADULTO _____	FECHA _____

Cartilla de Vacunación		
Vacuna	Año en que las Series Primarias fueron Completadas	Año de la Última Revacunación
D.T.P. ....	_____	_____
Difteria .....	_____	_____
Tos Ferina (Tos Convulsiva) .....	_____	_____
Tétanos .....	_____	_____
Td** .....	_____	_____
Poli oral .....	_____	_____
Sarampión .....	_____	_____
Paperas .....	_____	_____
Rubéola .....	_____	_____
Hib*** .....	_____	_____
Hep B .....	_____	_____
Prueba de Tuberculina: .....	Último Año en que se Realizó _____	_____
Otro .....	Resultado _____	_____
<p>**Tétano-Difteria toxoide Adulta</p> <p>***Influenza hemofílica b</p>		

**parte 2 (continuación):** Otras Condiciones explicadas:

Otra información para Adulto a cargo:

Actividades que deben motivarse o no motivarse:

Adjunte este formulario  
con su formulario de  
Inscripción de  
Campamento Diurno