

# HEALTH HISTORY/ACTIVITY PERMISSION FORM *TARJETA DE PERMISO DE ACTIVIDADES Y HISTORIA DE SALUD*

Girl Scout's name/Nombre de la Girl Scout \_\_\_\_\_

Street/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Código Postal \_\_\_\_\_

Phone/Número de teléfono \_\_\_\_\_

Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Troop ## de la tropa \_\_\_\_\_

Leader's name/Nombre de líder \_\_\_\_\_

Parent's name(s)/Nombres de los padres \_\_\_\_\_

Phone where parent can be reached in an emergency/Número de teléfono donde se pueda localizar a los padres en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

In case parent cannot be reached, please contact/En caso de no localizar a los padres, favor de comunicarse con: \_\_\_\_\_

Adults other than parent(s) listed above who have permission to pick up my Girl Scout/Adultos aparte de los padres que tienen el permiso de recoger a mi hija.  
\_\_\_\_\_

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 my 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 ó con nuestro médico familiar. Yo doy mi permiso para que mi hija se le las siguiente medicaciones:

Tylenol  Ibuprofen  Aspirin  Other/Otra \_\_\_\_\_ (specify/ especifique)

Signature/Firma \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_

Please circle any health condition or problem that should be considered in her activities/ Por favor encierre en un círculo cualquier condición de salud o problema que deba ser considerada en sus actividades:

**Asthma/Asma** \_\_\_\_\_ **Diabetes/Diabetes** \_\_\_\_\_  
**Allergies/Alergias** \_\_\_\_\_ **What Type/Que tipo:** \_\_\_\_\_  
**Convulsions/Convulsiones** \_\_\_\_\_ **Ear infection/Infección de los oídos** \_\_\_\_\_  
**Kidney/bladder/Riñones/vejiga** \_\_\_\_\_ **Heart disease/Enfermedades del corazón** \_\_\_\_\_  
**Other/Otras** \_\_\_\_\_

Please circle any disabilities we need to be aware of for planning/Problemas de salud/Disabilidades (Encierre en un círculo):

**Hearing/Oído** \_\_\_\_\_ **Orthopedic/Ortopedico** \_\_\_\_\_  
**Learning/Aprendizaje** \_\_\_\_\_ **Visual/Visual** \_\_\_\_\_  
**Wears contacts/glasses/Lentes/Lentes de contacto** \_\_\_\_\_  
**Other/Otro** \_\_\_\_\_

Date of last health exam/Fecha de su último examen de salud: \_\_\_\_\_

Were any medical problems noted during the last health exam? Hay algunos problemas médicos complicados notados en su último examen?  
\_\_\_\_\_

Any medication prescribed by a physician to be taken on a regular basis? Debe tomar medicamentos prescritos por el médico regularmente? \_\_\_\_\_

If so, what? Cuáles? \_\_\_\_\_

Immunizations (Include dates)/Inmunizaciones (Incluya las fechas):

**Polio/Polio** \_\_\_\_\_ **DPT/DPT** \_\_\_\_\_ **Tetanus/Tétano** \_\_\_\_\_  
**MMR/MMR** \_\_\_\_\_ **Tuberculin test/Prueba de tuberculina** \_\_\_\_\_

Family physician/Médico familiar \_\_\_\_\_

Phone/Número de teléfono \_\_\_\_\_



revised 2/10

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: \_\_\_\_\_

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	