



Minor's Picture

Minor's Thumbprint

YEARLY GIRL/ADULT HEALTH HISTORY

Girl Name _____ Age (If minor) _____

Address _____ Phone _____

(Street) (City) (State)

Are there any physical limitations that should be known?

History of any of the following illnesses or allergies. Check all that apply.

Asthma		Kidney Trouble		Nose Bleeds		Plant Allergies*	
Epilepsy		Diabetes		Sinus Infections		Medication Allergies*	
Fainting		Rheumatic Fever		Menstrual Cramps		Insect Bite Allergies*	
Constipation		Convulsions		Motion Sickness		Food Allergies*	
Sleep Disturbances		Heart Trouble				Special Diet*	
Bed Wetting		Emotional Disturbances		Hearing Impairment		Other, please lists*	

*Please specify and indicate how to treat reaction and/or provide details _____

Immunization History	Year Series Completed	Year of Last Booster
DTP (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)		
Td		
Measles		
Mumps		
Rubella		
Oral Polio		
Hib		
Tetanus		

Tuberculin Test (Most Recent) _____ (Result) _____

Date of Last Medical Examination _____

Any medication taken to camp or on Troop events must be checked with the nurse or first aide and all instructions fully explained and signed by parents. No medications can be given without written permission from parent or guardian.

List any medication that you will be bringing with you to an event. Medications brought to an event should include full instructions for use. _____

Wear glasses or contact lenses _____ Wear Braces _____

If an emergency should arise which requires immediate medical attention, and I/guardians are unable to give my consent or my nearest relative cannot be contacted, you are authorized to initiate whatever steps are needed to protect my/my child's health.

Signed _____ Date _____

Nearest relative to contact in case of an emergency _____

Address _____ Relationship _____ Phone _____

Emergency contact, if nearest relative is not available _____

Address _____ Relationship _____ Phone _____

Name of Physician or Clinic _____ Phone _____

Personal Medical Insurance _____ Policy _____

The Girl Scouts of Central California South carries group accident insurance with Mutual of Omaha for all registered girls and adults.

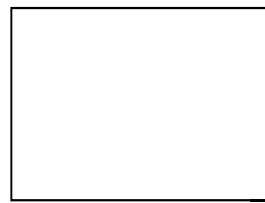


Foto de la Menor



Huella digital del Dedo

HISTORIA MEDICA NIÑA/ADULTO

Nombre _____ Edad (De la Menor) _____

Dirección _____ Telefono _____

(Ciudad) (Estado)

Hay alguna limitación física que debemos saber? _____

Por Favor Marque las Enfermedades ó Alergias que padece.

Ashma		Problemas con los Rinones		Hemorragia nasal		Alergia a Plantas*	
Epilepsia		Diabetes		Sinusitis		Alergia a Medicamentos*	
Desmayos		Fiebre Reumatica		Dolores al Menstruar		Alergia a Insectos*	
Constipacion		Convulsiones		Mareos y nauseas al viajar		Alergia a Alimetos*	
Se orina en la cama		Problemas Cardiacos				Otros, por favor describalas*	
Insomnio		Disturbios Emocionales		Problemas auditivos		Dieta especial	

*Por favor indique el tratamiento a seguir _____

Registro de Vacunas	Fecha de Vacunas	Fecha de la Ultima Vacuna
DTP (Diteria, Pertussis, Tetano)		
Td		
Sarampión		
Paperas		
Rubéola		
Oral Polio		
Hib		

Examen de Tuberculosis (mas reciente) _____ (Resultado) _____

Fecha de la ultima inyección del tetano _____ Fecha del ultimo Examen Medico _____

Los medicamentos que se lleven al campamento ó a los eventos del grupo deberan de entregarse a la enfermera ó encargada de primeros auxilios junto con las instrucciones de los medicamentos y la firma de los padres/tutores. No se dara ninguna medicina sin el permiso firmado por los padres ó tutores.

Haga una lista de las medicinas que lleva e incluya las instrucciones de como usalos. _____

Usa lentes o lentes de contacto _____ Usa frenos _____

En caso de una emergencia en la que se requiera atención medica de inmediato y no puedan localizarme Yo los autorizo para

Que contacten a uno de mis familiares y tomen las decisiones necesarias para proteger la salud de mi hija.

Firma _____ Fecha _____

En caso de una emergencia contacte a uno de mis familiares _____

Direccion _____ Parentesco _____ Telefono _____

Si no se localiza hable a _____

Direccion _____ Parentesco _____ Telefono _____

Nombre del Doctor o Clinica _____ Telefono _____

Seguro Medico Personal _____ Poliza _____

Las ninas y adultos registrados en el Girl Scouts of Central California South estan asegurados bajo Mutual of Omaha.