

Health History - GIRL // Historia de Salud - Niña

6001 Summerside Drive, Dallas, Texas 75252 • 972-349-2400 • Fax 972-349-2498 • www.gsnetx.org

INSTRUCTIONS: Parent/Guardian should complete information, Health History and Treatment Authorization sections.

DIRECCIONES: Los Padres de familia deben completar las secciones de información, Historia de Salud y Autorización para Tratamiento Médico.

Name (Last, First, MI) <i>Nombre</i>			Phone# H: <i>Teléfono# H</i>	
Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	St	Zip <i>Código Postal</i>	Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>
Parent/Guardian Name <i>Padre/Guardián Nombre</i>	Phone# H: <i>Teléfono</i>	W:	C:	
Parent/Guardian Name <i>Madre/Guardián Nombre</i>	Phone# H: <i>Teléfono</i>	W:	C:	
If Parents/Guardians cannot be reached (must be 18 yrs or older): <i>Si no se localizan los padres:</i>	Phone# H: <i>Teléfono</i>	W:	C:	
Name of Insurance Company <i>Nombre de la Aseguradora Médica</i>	Phone # <i>Teléfono</i>	Policy # <i>Número de Póliza</i>		
Physician <i>Médico</i>	Phone # <i>Teléfono</i>			

HEALTH HISTORY / Historia de Salud

Girl has/had: If yes, explain below / *La niña tiene/ha tenido: Explique al ultimo:*

Yes/Si No/No

Yes/Si No/No

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma/Respiratory Problems // <i>Asma/Problemas Respiratorio</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Measles // <i>Sarampion</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes // <i>Diabetis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mumps // <i>Paperas</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mononucleosis // <i>Mononucleosis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motion Sickness // <i>Mareos</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ear Infection // <i>Infecciones del Oído</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chicken Pox // <i>Viruela</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frequent Headaches // <i>Dolores de Cabeza</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | German Measles // <i>Rubéola</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Murmur // <i>Soplo de Corazón</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Back Problems // <i>Problemas de Espalda</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure // <i>Hipertensión</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hearing Disorders // <i>Dificultades en Oír (Sordo)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seizures // <i>Ataques Apopléticos</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin Problems // <i>Problemas de la piel</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problems with Joints // <i>Problema de Coyonturas</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nose Bleeds // <i>Hemorragia Nasal</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problematic Diarrhea // <i>Diarrea Problematica</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A // <i>Hepatitis A</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | History of bed-wetting // <i>Moja la Cama</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B // <i>Hepatitis B</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wears Glasses/Contacts // <i>Usa Lentes o Contactos</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis C // <i>Hepatitis C</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sleep Disturbances // <i>Problemas de Sueño</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding/Clotting Disorders // <i>Problemas de Sangre</i> | | | |

Explain YES answers / *Explique si marco "si":* _____

Is an orthodontic appliance being brought to Girl Scout Event? yes no **We cannot assume responsibility if appliance is lost.**

Has this girl had any surgery within the last 6-12 months or serious illness? // *La niña ha tenido cirugía en los últimos 6-12 meses o una enfermedad seria?*

Does this girl have any chronic or recurring illnesses/conditions? // *La niña tiene una enfermedad cronica?*

Has this girl ever had emotional difficulties for which professional help was sought? // *La niña ha tenido problemas emocionales en la cual ha tenido ayuda profesional?*

My daughter has menstruated? yes no
Mi niña ya tiene su menstruación? si no

If no, has she been told about it? yes no
Si no, se le ha hablado sobre este tema? si no

Please attach sheet for additional information - complete back of form

RECOMMENDATIONS AND RESTRICTIONS WHILE AT GIRL SCOUT EVENT

Explain any activity restrictions/limitations // *Explique si hay una actividad o limitaciones que la niña no pueda hacer o tenga limitaciones.*

Explain any dietary restrictions/modifications // *Explique si hay alguna restriccion alimenticia.*

Please provide any additional information concerning the participant’s behavior and physical, emotional, or mental health about which Girl Scout’s should be aware of: // *Por favor mencione informacion adicional acerca de algun detalle fisico, emocional que la niña pueda tener, que tenga Girl Scouts estar al tanto:*

May be given: // *Se puede dar:*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tylenol / acetaminophen // <i>Tylenol</i> | <input type="checkbox"/> Advil / ibuprofen // <i>Advil</i> |
| <input type="checkbox"/> Sudafed / decongestant // <i>Sudafed</i> | <input type="checkbox"/> Benadryl / antihistamine // <i>Benadryl</i> |
| <input type="checkbox"/> Pepto Bismol // <i>Pepto Bismol</i> | <input type="checkbox"/> Tums / antacid // <i>Tums</i> |
| <input type="checkbox"/> Robitussin / expectorant // <i>Robitussin</i> | |
-

Medication Allergies (list)
Medicamento de Alergias

Describe reaction and management of the reaction.
Describe reaccion y como manejar la reaccion.

Food Allergies (list)
Alergias a alguna comida

Describe reaction and management of the reaction.
Describe la reaccion y como manejar la reaccion.

Other Allergies (list)
Otras Alergias

Include insect, plant, animal, etc.
Incluya insectos, plantas y animales

Immunizations: Full dates (day/month/year) are required by the Texas Health Department. You may attach an immunization record from doctor. **Vacunas:** *Fecha de Últimas Vacunas por el Departamento de Salud del estado de Texas.*

	DOSE 1	DOSE 2	DOSE 3	DOSE 4	DOSE 5
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP/DtaP)					
Measles, Mumps, Rubella (MMR)					
Polio (OPV/IPV)					
Chicken Pox (Varicella)					
Haemophilus influenzae type b (Hib)					
Pneumococcal vaccine (PVC/PPV)					
Tuberculin Result:					
Hepatitis B					
Hepatitis A (if required by county)					

Parent / Guardian Statement: This health history is complete and accurate. I know of no reason(s), other than indicated on this form, why my daughter/child should not participate in activities except where noted. I authorize the Girl Scout Adult in charge to consent to medical treatment when either I or my assignee cannot be contacted. I understand that every effort will be made to contact me before such action. I assume financial responsibility for emergency care if such care is not covered by GSUSA Activity Accident Insurance.

Declaración de Padre/Guardián: *Yo autorizo a la persona adulta encargada de las Girl Scouts que consiga tratamiento médico para mi hija cuando yo o la persona que he asignado, no pueda ser encontrado. Yo asumo cualquier responsabilidad financiera de tratamiento de emergencia, si tal no se cubre por la aseguransa de Girl Scouts.*

Signature of Parent/Guardian// *Firma de Padre/Guardián*

Date/Fecha