

Health History - GIRL // Historia de Salud - Niña

6001 Summerside Drive, Dallas, Texas 75252 • 972-349-2400 • 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.
Girl Scout Year/Año

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: <i></i>		C: <i></i>
Parent/Guardian Name <i>Madre/Guardián Nombre</i>	Phone# H: <i>Teléfono</i>	W: <i></i>		C: <i></i>
If Parents/Guardians cannot be reached (must be 18 yrs or older): <i>Si no se localizan los padres:</i>	Phone# <i>Teléfono</i>	W: <i></i>		C: <i></i>
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 último:

Yes/Si/No/No

Yes/Si No/No

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

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 crónica? _____

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 ☐ noIf 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 restricción alimenticia.*

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

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

☐ Tylenol / acetaminophen // *Tylenol*

☐ Advil / ibuprofen // *Advil*

☐ Sudafed / decongestant // *Sudafed*

☐ Benadryl / antihistamine // *Benadryl*

☐ Pepto Bismol // *Pepto Bismol*

☐ Tums / antacid // *Tums*

☐ Robitussin / expectorant // *Robitussin*

Medication Allergies (list)
Medicamento de Alergias

Describe reaction and management of the reaction.
Describe reacción y cómo manejar la reacción.

Food Allergies (list)
Alergias a alguna comida

Describe reaction and management of the reaction.
Describe la reacción y cómo manejar la reacción.

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 aseguradora de Girl Scouts.

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

Date/Fecha