Girl Scouts of Northeast Texas

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 Autorizaión para Tratamiento Médico.

Girl Scout Year/Año

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

HEALTH HISTORY / *Historia de Salud*

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

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 // *Infeciones 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 Coyonturas*	☐	☐	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 responsiblity if applicance is lost.**

Has this girl had any surgery within the lasts 6-12 months or serious illness? // *La niña ha tenido cirujia en los ultimos 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 trendio problemas emocionales en la cual ha tenido ayuda profesional?*

_____

My daughter has menstruated? ☐ yes ☐ no
Mi niña ya tiene su mestruacion? *si*

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

Please attach sheet for additional information - complete back of form

Edited 11/23/2026

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 restricion 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 informacion adiccional acerca de algun detalle fisico, 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 // *Sudefed*
- ☐ Benadryl / antihistamine // *Benadryl*
- ☐ Pepto Bismol // *Pepto Bismol*
- ☐ Tums / antacid // *Tums*
- ☐ Robitussin / expectorant // *Robitussin*

Medicaton Allergies (list) *Medicamento de Alergias*

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

Food Allergies (list) *Alergias a alguna comida*

Describe reaction and management of the reaction. *Describa la reacion 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 Departmento 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)					
Pheumococcal 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*