

Troop # _____

Health History

Girls Name _____ Last _____ Age _____ First _____ Middle Initial _____

Birth Date _____ Age _____

Custodial Parent/Guardian Name _____

Home Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Business Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

If above contacts are not available in an emergency, notify:

Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Name of family physician or Christian Science Practitioner _____ Phone _____
 Area Code/Number

Do you carry family medical/hospital insurance? Yes No

Carrier Name _____ Policy or Group # _____

Carrier Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Health History Information. If you check any of the boxes below, please explain below.

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
<u>Allergies:</u>			11. German Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Have diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Have problem w/sleepwalking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poison Oak, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>General Information:</u>			20. Have an eating disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Insect Sting (i.e. bee, mosquito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Had any recent injury, illness			21. Have epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	or infectious disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Special Needs:</u>		
5. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Have a chronic or recurring			22. Developmental Disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Animals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	illness/condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hearing Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Have frequent headaches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Visual Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Wear corrective eye wear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Learning Disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Diseases:</u>			17. Have a personal assistance			26. Physical Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	device (e.g. wheelchair, brace,					
10. Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prosthetic device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Please explain any "Yes", noting the number of the question:

List any restrictions in activities: _____

This health history is complete and accurate. My daughter has permission to engage in all activities, except as noted by me.

 Signature of Parent/Guardian Date

I (we) the undersigned parent, parents or legal guardian of _____, a minor, do hereby authorize consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provision of the Medicine Practice on the staff of any acute general hospital holding a current license to operate a hospital from the State of California Department of Public Health. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power to render or which the aforementioned physician in the exercise of his/her judgment may deem advisable.

It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient but that any of the above treatments will not be withheld if the undersigned cannot be reached. I will not hold liable the Girl Scout Council of Orange County, its officers or leaders for medical aid rendered at a hospital or first aid rendered at the event and will reimburse the Girl Scout Council of Orange County for medical or other expenses incurred in the care of my daughter.

This authorization is given pursuant to Section-6910 of the Civil Code of California.

I will permit photographs of my daughter taken at this event to be used for publicity by authorization of the designated members of the Council.

Medication must be accompanied by written instructions from the parent or physician and in their original containers.

Parent/Guardian's Signature _____ Phone _____ Date _____

This consent shall remain effective for one year from this date: _____, 20_____.

Historial de salud

Nombre de la niña _____
 Fecha de nacimiento _____
 Apellido _____ Edad _____
 Nombre _____ Inicial del medio _____

Nombre del padre/guardián con custodia _____

Dirección/casa _____ Teléfono _____
 Calle & número _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____ area/número _____

Dirección/trabajo _____ Teléfono _____
 Calle & número _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____ area/número _____

Si la persona arriba mencionada no está disponible en una emergencia, notifique a:

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____
 Calle & número _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____ area/número _____

Médico de la familia o practicante de ciencia cristiana _____ Teléfono _____
 area/número _____

¿Tiene seguro médico familiar/seguro de hospital? Sí No

Compañía de seguros _____ Póliza # _____

Dirección de la Compañía de seguros _____ Teléfono _____
 Calle & número _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____ area/número _____

Información del historial de salud. Si marca alguno, por favor explique más abajo..

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
<u>Alergias:</u>			11. Sarampión alemán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Tiene problemas de sonambulismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zumaque venenoso (poison oak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Información general:</u>			20. ¿Tiene algun problema relacionado con la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Picada de insecto (ej. Abeja, mosquito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha tenido recientemente una lesión, enfermedad, o enfermedad infecciosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Tiene epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Tiene enfermedad crónica o condición que se repite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Necesidades especiales:</u>		
5. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Impedimentos por desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Usa lentes de corrección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Deterioramiento del oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Tiene algun aparato para asistencia personal (ej. Silla de ruedas, braguero, aparato protésico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Deterioramiento visual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				25. ¿Impedimento para aprender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Enfermedades:</u>						26. ¿Impedimento físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10. Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Por favor explique las respuestas "Sí", anotando el número de la pregunta:

Enumere todas las restricciones de actividades: _____

Este historial de salud está completo y preciso. Mi hija tiene permiso para participar en todas las actividades excepto las enumeradas por mí.

 Firma del padre/guardian _____ Fecha _____

Yo (nosotros) el que suscribe, padre, padres o guardián legal de _____, menor de edad, autorizo y consiento cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, proporcionado bajo la vigilancia general o especial de cualquier miembro del cuerpo médico y del personal de emergencia, licenciado bajo las disposiciones del Acto de Práctica Médica, adjuntas al cuerpo médico de cualquier hospital general con licencia autorizada para el manejo de una institución de Salud Pública del estado de California. Entiéndase que esta autorización se otorga previa a cualquier diagnóstico específico, tratamiento médico u hospitalización que se requiera y al mismo tiempo provee autoridad y poder para dar la atención que el médico anteriormente mencionado, según sea su juicio, estime conveniente.

Quedando igualmente entendido que se tratará de avisar al que suscribe antes de dar tratamiento alguno al paciente, pero esto no impedirá que se le preste la atención que requiera en caso de no localizar al que abajo suscribe. Yo no haré responsables al Concilio de Girl Scouts del Condado de Orange, sus oficiales o líderes por tratamiento médico dado en un hospital o primeros auxilios dados en el evento, y reembolsaré al Concilio de Girl Scouts del Condado de Orange por gastos médicos u otros gastos incurridos en el cuidado de mi hija.

Esta autorización se extiende conforme a la Sección-6910 del Código Civil de California.

Yo permitiré que se tomen fotos de mi hija en este evento para ser usadas para la publicidad con autorización de los miembros designados por el Concilio.

Las medicinas deben estar acompañadas por instrucciones por escrito del padre o médico y en el envase original.

Firma del padre/guardian _____ Teléfono _____ Fecha _____

Este consentimiento permanecerá en efecto por un año a partir de esta fecha: _____, 20_____.