



FORMULARIO DE SALUD DE LA NIÑA

Esta porción debe ser llenada por el padre/madre o encargado y revisada por el médico que realiza la evaluación

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Nombre del padre/madre o encargado			Teléfono	
					()	
Dirección	Ciudad /pueblo	Estado	Zip	Fecha nacimiento	Edad	Sexo
En caso de emergencia:		Dirección			Teléfono	
					()	

Información sobre la compañía aseguradora. Por favor, complete lo siguiente:

Compañía aseguradora de Salud	Número de identificación (ID number)	Grupo (Group Number)
Teléfono de la compañía aseguradora		Dirección postal

Historia clínica: (marque lo que corresponda)

Enfermedad	Alergias (indique cuáles)	Enfermedades crónicas o recurrentes	Sugerencias para el padre o encargado
<input type="checkbox"/> Varicela (chicken pox) <input type="checkbox"/> Rubeola (Rubella) <input type="checkbox"/> Sarampión (measles) <input type="checkbox"/> Paperas (mumps) <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Remedios <input type="checkbox"/> Plantas <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otros (indique cuáles)	<input type="checkbox"/> Infección oídos <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Convulsiones (seizures) <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas musculares <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Otros (indique cuáles)	<u>Mi hija tiene permiso para tomar:</u> <input type="checkbox"/> Tylenol / Acetaminopheno <input type="checkbox"/> Advil / Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Sudafed / descongestivo <input type="checkbox"/> Benadryl / antihistaminico <input type="checkbox"/> Bepto Mismol <input type="checkbox"/> Antiácido (acidez estomacal) <input type="checkbox"/> Robitussin (expectorante) <input type="checkbox"/> Solución alcohol/vinagre (oídos del nadador) <input type="checkbox"/> Protector solar <input type="checkbox"/> Repelente insectos <input type="checkbox"/> Hydrocortisone (calma picazón) <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ _____ _____

Por favor, llene el siguiente resumen médico indicando fechas:

Operaciones, accidentes o heridas importantes: _____

Hospitalización: _____

Otras enfermedades o discapacidades: _____

Comentarios: _____

- Desmayos
- Enuresis (incontención nocturna, moja la cama)
- Constipación
- Problemas emocionales
- Actividades que conviene alentar:

- Problemas del sueño
- Dolores menstruales
- Sangrado de nariz
- Otros
- Actividades que conviene evitar:

Recomendaciones médicas especiales o regimen dietario que debe seguir (explicar): _____

Esta historia de salud es completa y precisa. Mi hija tiene permiso para participar de todas las actividades, con exepción de lo indicado por mi y por el médico examinador.

Firma del Padre/encargado _____

Fecha _____

FORMULARIO DE SALUD DE LA NIÑA – 2

NOMBRE _____

FECHA _____

(Esta porción deberá ser llenada por el médico después de revisar los datos de salud proporcionados por el padre/encargado)

Examen de Salud

Altura	Peso	Presión	Inmunización	Año de la primera serie completa	Año de la última inmunización		
Apariencia-nutrición			DTP= Difteria, Tos ferina Tétanos (en los últimos diez años)				
Sin anteojos Visión Der 20/ Izq 20/							
Con anteojos Der 20/ Izq/20							
Código: Satisfactorio= S No Satisfactorio = NS No examinado = NE							
Nariz	Garganta		TD (tétanos-difteria)				
Dientes	Corazón		Polio oral/IPV				
Pulmones	Abdomen		Rubeola				
Genitales	Hernia		Paperas				
Piel	Desórdenes músculo/esqueletal		Rubella				
Estado general físico y emocional			HIB (influenza)				
Análisis de orina	Análisis hemoglobina*		Hep B (hepatitis B)				
*No requerido para todos los exámenes. Las niñas de 11 a 18 años deben hacerse la prueba si no se la han hecho desde la pubertad							
<p>En el evento de una emergencia, se harán todos los esfuerzos posibles para contactar a los padres/encargado. Si no fuera posible, doy mi consentimiento a Girl Scouts para proveer tratamiento a mi hija y/o menor dependiente o a mi por un medico licenciado. No tengo ninguna razón, otra de la indicada en esta forma, por la cual mi hija no pueda participar en las actividades prescritas.</p> <p>Firma de Padre/Madre/Encargado Fecha Teléfono</p>			Prueba reciente tuberculina. Resultado:				
			Otros				
			Tifoidea y paratifoidea				
			Cólera				
			Fiebre amarilla				
			Tifus				
			Fiebre de las Montañas Rocallosas				
			<input type="checkbox"/> Yo/Nosotros escogimos NO inmunizar mi/nuestra niña.				
			Firma del Padre/Madre/Guardián Fecha				
			V PARTE: MEDICACION Y ACTIVIDADES			Esta persona está en condiciones satisfactorias y puede participar de todas las actividades excepto las indicadas.	
Esta su niña tomando alguna medicina? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Si marca SI escriba la medicina, razón y efecto secundario posible. MEDICACION RAZON EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLE			Firma del médico facultativo:				
_____			Dirección				
_____			Ciudad Estado Zip				
_____			Tel () Fecha				
¿Actividades Restringidas? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Si marca SI, escriba las restricciones.			_____				
_____			_____				
_____			_____				

Por favor indique las medicinas que actualmente está tomando la niña en una hoja separada y abróchela con esta planilla. Incluya dosaje y potenciales interacciones nocivas (por ejemplo con alimentos, medicación, medio ambiente)

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

El registro de examen de salud es para tener en cuenta en este evento exclusivo. Todos los datos serán llevados por el personal/voluntarios cuya tarea incluye el procesamiento o uso de esta información para beneficio del participante. Todos los datos médicos serán llevados, con acceso limitado, por el supervisor de salud para ese evento específico. La información mínima necesaria podrá ser compartida con el personal/voluntarios del evento para proveerle al participante la adecuada seguridad y cuidado de su salud. El formulario de salud quedará retenido por el concilio de GUSUSA que organiza el evento hasta disponer de su destrucción. Todos los formularios/registros que contengan indicación de tratamiento serán retenidos durante siete años a partir de la edad de madurez de la participante. El acceso a la información será limitado, pero la participante o su representante legal pueden solicitar copias al concilio que organiza el evento. He leído los procedimientos que se mencionan arriba en cuanto al tratamiento de esta información y acepto que se liberen los datos necesarios para tratamiento, referencias y pago a compañías de seguros.

FIRMA _____

(padre/madre o encargado)

FECHA _____