



Esta forma deberá se llenada y firmada por los padres/guardians de las niñas o para los miembros adultos. Toda forma de historia de salud será conservada en un acceso limitado por el administrador de las Girl Scouts. Para proveer el cuidado de salud suficiente, la minima información necesaria será compartida con el personal/voluntario al fin de proporcionar atención médica adecuada. El formulario se mantendrá por las Girl Scouts hasta que sea destruida.

# Registro de Historia de Salud de Adulto

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de la Familia \_\_\_\_\_

Teléfono de su Medico \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Medico \_\_\_\_\_

Seguro Medico/de Hospitalización \_\_\_\_\_

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

Grupo de Edad       18-20       21-30       31-40       41-50       51-60       Over 61

### Enfermedades Crónicas Recurrentes (marque las que apliquen)

Problemas de Sangrado/Coagulación       Hipertensión       Asma       Espasmos/Ataques  
 Enfermedad/Defecto del Corazón       Hipoglucemia       Problemas de Huesos       Diabetes  
 Enfermedad de Células       Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### Alergias/Enfermedades/Lesiones (marque las que apliquen y especifique la naturaleza de la reacción alérgica)

Animales \_\_\_\_\_       Fiebre de Heno \_\_\_\_\_       Medicinas/Drogas \_\_\_\_\_  
 Polen \_\_\_\_\_       Comidas \_\_\_\_\_       Picaduras de Insectos \_\_\_\_\_  
 Plantas \_\_\_\_\_       Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### Otra Condición de Salud (marque las que apliquen)

Calambre de Regla Menstrual       Desmayos       Problemas de Escuchando       Hemorragia Nasal  
 Usa Anteojos/Lentes de Contacto       Medicinas \_\_\_\_\_  
 Dieta Alimenticia Especial \_\_\_\_\_       Other (specify) \_\_\_\_\_

Explicar cualquier respuesta afirmativa y proporcionar cualquier información en relación con estos problemas de salud que pueda ser útil al adulto encargado. Indicar también las actividades que se deben fomentar o restringir.  No  Yes (explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia de Inmunización

Por favor, compruebe si las vacunas/impulsores están actualizados

- DPT o DT&P (Difteria, tos ferina [tos ferina] y tétanos)
- TD o DT (Difteria y Tétanos)
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola (Sarampión Alemán)
- Combinado de MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola)
- Hib (Haemophilus influenza tipo b)
- Polio Oral
- Hepatitis B (MP)
- Prueba de Tuberculina (reciente): Resultado: \_\_\_\_\_
- Otros (por ejemplo, varicela) \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Algún Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

**Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana**  
**Historia de Salud de Adulto**

**Por favor, actualice y firme esta formulario anualmente. Inicie y la fecha de cualquier cambio.**

Yo autorizo el tratamiento por un medico calificado y con licencia en caso de una emergencia que, en opinion del medico pueden poner mi vida en peligro.

Proporcionar información falsa o incompleta es un asunto grave que puede dar lugar a responsabilidad por daños y perjuicios o fraude.

Firma	Fecha
Firma	Fecha
Firma	Fecha

---

---

**Consentimiento Para la Liberación de Información Personal**

Nueva forma de cumplimiento de normas para Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA)

Yo autorizo el uso o la divulgación personal de mi salud (incluyendo archivos medicos, dentales y farmacéuticos) a las Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana, tal como se describe a continuación:

Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana mantendrá toda información relacionado con mi salud, (incluyendo salud mental, el VIH y los registros de uso indebidas de sustancias. Por favor indique cualquier element que no autorice para ser lanzado). *Nota: Este formulario de consentimiento permite que la información personal y de salud ser compartida a través de una llamada telefónica con la personal autorizada.*

Esta información puede ser revelada a y utilizada por las siguientes personas o organizaciones, incluyendo cualquier personal médico que aparece en la parte de la historia de salud, o cualquier personal médico atendiendo a mí durante una emergencia médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que con el fin de revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita a Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana.

Tengo entendido que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. A menos que lo contrario revocado, esta autorización se aplicará mientras que soy un miembro de Girl Scouts.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y Girl Scouts no puede condicionar el tratamiento sobre mí si no firmo esta autorización. Entiendo que una vez que la información se divulga con arreglo a esta autorización, puede ser revelada por el destinatario, y que la información no puede estar protegida por Reglamentos de privacidad Federal.

Firma de miembro, representante legal, o padre o tutor, menos de 18 años de edad:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es firmada por un representante legal o el guardian, ¿cual es su relación con esta persona:

Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y Girl Scouts no puede condicionar el tratamiento sobre mí si no firmo esta autorización. Entiendo que una vez que la información se divulga con arreglo a esta autorización, puede ser revelada por el destinatario, y que la información no puede estar protegida por Reglamentos de privacidad Federal.

---