



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 Niña

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: _____

¿Es su niña incapacitada? ___No ___Sí ¿Necesita acomodamiento especial? ___No ___Sí

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/Lesioines (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 Niña

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

No tengo ningún motivo por el cual mi hija no pueda participar en las actividades que se me han prescritas excepto, como se ha señalado.

En el evento de una emergencia, se harán todos los esfuerzos posibles para contactar a los padres/guardianes, si no es posible, Yo doy mi consentimiento a las Girl Scouts of Greater Chicago and Northwest Indiana para proveer tratamiento a mi hija menor dependiente por un medico licenciado de acuerdo a el Código Familiar del Estado de Illinois. No tengo ninguna razón, otra de la indicada en esta forma, de el por qué mi hija no pueda participar en las actividades prescritas.

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

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del padre o tutor

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 la 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.