

Girl Health History Record

(TROOP LEADERS KEEP THIS FORM, DO NOT TURN INTO COUNCIL)

General Information:

Girl's Name:	Date of Birth:	Troop #:
Address/City/State/Zip:		
Parent/Guardian (if minor):	Telephone:	Alternate Telephone:

Emergency Contact Information:

Name:	Telephone:	Alternate Telephone:
Address/City/State/Zip:		
Relationship:	Family Physician:	Telephone:
Hospital to use:	Medical Insurance Carrier:	

Medical Information:

List any allergies and treatment:

List any chronic or recurring medical conditions and treatment:

List any current medications:

My daughter has permission to take the following:

Tylenol/Acetaminophen
 Advil/Ibuprofen
 Pepto Bismol
 Tums/Antacid
 Sudafed/Decongestant
 Robitussin/Expectorant
 Benadryl/Antihistamine
 Midol/Tamavrom and Acetaminophen

Authorization of Consent to Emergency Treatment of Minors for Regular Meetings and Special Activities.

If an emergency occurs while my daughter is attending or traveling to or from regular meetings or special activities and I cannot be reached to give consent for her medical care, I hereby authorize the person(s) listed on this form, or, if they are also unavailable, the leader of said troop, or in her absence or disability, any adult accompanying or assisting her, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act, or to consent to an X-ray examination, anesthetic, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor by a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act, when such physician or dentist determines that my daughter's health or welfare would be jeopardized by delay in examination and treatment until I can be located. This authorization is given pursuant to the provisions of Section 6910 of the California Family Code. I authorize any treating hospital to surrender physical custody of my daughter to the person who, pursuant to the above authorization, consented to the examination and treatment. This authorization is given pursuant to Section 1283 of the Health and Safety Code of California. These authorizations shall remain effective until such time as my child withdraws from troop _____ unless revoked in writing.

In case of emergency, I understand that when medically feasible, an effort will be made to contact a parent or guardian. However, in the event one is not reached or if it is not medically feasible to contact one, I hereby give permission for me/my daughter to be treated.

I understand medical/health information provided on this form will be used by the Girl Scouts of San Geronio Council personnel/volunteer involved with the planning and implementation of Girl Scout activities and emergency medical service to insure the health and safety of all participants.

This health history is complete and accurate. I understand that restrictions may be placed on my daughter's participation in planned activities because of the conditions previously described. I agree and abide by these restrictions. She/I am able to engage in all activities except those noted above.

Year 1 _____ Signature of Parent/Guardian	Date: _____
Year 2 _____ Signature of Parent/Guardian	Date: _____
Year 3 _____ Signature of Parent/Guardian	Date: _____



Historia Médica de la Niña

(Los líderes de la tropa, mantenga este formulario, no se convierten en Consejo)

Información general:		
Nombre de la niña:	Fecha de nacimiento:	Núm. de la tropa:
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:		
Padre/tutor (si es menor de edad):	Teléfono:	Teléfono alterno:
Información del contacto de emergencia:		
Nombre:	Teléfono:	Teléfono alterno:
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:		
Parentesco:	Médico de la familia:	Teléfono:
Hospital:	Seguro médico:	
Información médica:		
Indique cualquier alergia o tratamiento:		
Indique cualquier condición médica crónica o recurrente y el tratamiento:		
Indique cualquier medicamento actual:		
Mi hija está autorizada para tomar:		
<input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminofén	<input type="checkbox"/> Advil/Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Pepto Bismol
<input type="checkbox"/> Sudafed/Descongestionante	<input type="checkbox"/> Robitussin/Expectorante	<input type="checkbox"/> Benadryl/Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Tums/Antiácido	<input type="checkbox"/> Midol/Tamavrom y Acetaminofén	
Autorización para el tratamiento de emergencia a menores durante reuniones regulares y actividades especiales.		
<p>Si se presenta una emergencia mientras mi hija asiste, o durante su traslado, a reuniones regulares o actividades especiales y no se me puede localizar para dar mi consentimiento para su atención médica, por la presente autorizo a que las personas mencionadas en esta forma o, si tampoco pueden ser localizadas, la líder de dicha tropa o, en su ausencia o incapacidad, cualquier adulto que la acompañe o asista, dé su consentimiento para un estudio de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención médica que considere recomendable y sea proporcionado bajo supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia según las disposiciones de la Ley de Prácticas Médicas o dé su consentimiento para un estudio de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, dental o quirúrgico y atención médica que proporcione a dicha menor un dentista con licencia según las disposiciones de la Ley de Prácticas Dentales, cuando dicho médico o dentista determine que la salud o bienestar de mi hija esté en riesgo por demorar el examen y tratamiento hasta que puedan localizarme. La autorización se otorga conforme a las disposiciones de la Sección 6910 del Código Familiar de California. Autorizo a que el hospital tratante entregue la custodia física de mi hija a la persona que, según la autorización antes mencionada, haya dado el consentimiento para el examen y tratamiento. Esta autorización se otorga de conformidad con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad de California. Estas autorizaciones estarán vigentes hasta que mi hija abandone la tropa _____, a menos que lo revoque por escrito.</p> <p>En caso de emergencia, entiendo que de ser médicamente viable, se hará lo posible por localizar a un padre o tutor. Sin embargo, en caso de no ubicarlos o de que médicamente no sea viable localizarlos, por el presente doy mi autorización para que mi hija/yo reciba tratamiento.</p> <p>Entiendo que la información médica/de salud proporcionada en esta forma será utilizada por el personal/voluntaria de las Girl Scouts de San Gorgonio que participan en la planeación e implementación de las actividades de las Girl Scouts u el servicio médico de emergencia para garantizar la salud y seguridad de todos los participantes.</p> <p>Esta historia médica está completa y es fiel. Entiendo que podrá limitarse la participación de mi hija en actividades planeadas debido a las condiciones antes descritas. Acepto y acato dichas restricciones. Ella/Yo podrá/podré participar en todas las actividades, excepto las arriba mencionadas.</p>		

Año 1 _____
Firma del padre/tutor

Fecha: _____

Año 2 _____
Firma del padre/tutor

Fecha: _____

Año 3 _____
Firma del padre/tutor

Fecha: _____