

Minor's Picture

YEARLY GIRL/ADULT HEALTH HISTORY

Minor's Thumb Print

Name _____ Age (If minor) _____

(Address) _____ (City) _____ (State) _____

(Day Phone) _____

(Evening Phone) _____

Are there any physical limitations that should be known?

History of any of the following illnesses or allergies. Check all that apply.

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kidney Trouble | <input type="checkbox"/> Plant Allergies* | <input type="checkbox"/> Medication Allergies* | <input type="checkbox"/> Insect Bite Allergies* |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Food Allergies* | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Heart Trouble | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Nose Bleeds | <input type="checkbox"/> Sinus Infection | <input type="checkbox"/> Other, please lists* |
| <input type="checkbox"/> Bed Wetting | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Menstrual Cramps | <input type="checkbox"/> Motion sickness | <input type="checkbox"/> Special Diet |
| <input type="checkbox"/> Sleep disturbances | <input type="checkbox"/> Emotional disturbances | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment | | |

*Please specify and indicate how to treat reaction _____

Immunization History	Year Series Completed	Year of Last Booster
D.T.P.	_____	_____
Diphtheria		
Pertussis (whooping cough)		
Tetanus		
Td	_____	_____
Measles	_____	_____
Mumps	_____	_____
Rubella	_____	_____
Oral Polio	_____	_____
Hib	_____	_____
Tuberculin test (most recent)	(Result)	_____
Date of last tetanus injection _____	Date of Last Medical Examination _____	

Any medication taken to camp or on troop events must be checked with the nurse or first aide and all instructions fully explained and signed by parents. NO medications can be given without written permission from parent or guardian.

List any medication that you will be bringing with you to an event. Medications brought to an event should include full instructions for use. _____

Wear glasses or contact lenses _____ wear braces _____

If an emergency should arise which requires immediate medical attention, and I/guardians are unable to give my consent or my nearest relative cannot be contacted, you are authorized to initiate whatever steps are needed to protect my/my child's health.

Signed _____ Date _____

Nearest relative to contact in case of an emergency _____

Address _____ Relationship _____ Phone _____

Emergency contact, if nearest relative is not available _____

Address _____ Relationship _____ Phone _____

Name of Physician or Clinic _____ Phone _____

Personal Medical Insurance _____ Policy _____

The Girl Scouts of Central California South carries group accident insurance with Mutual of Omaha for all registered girls and adults.

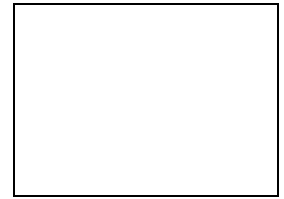
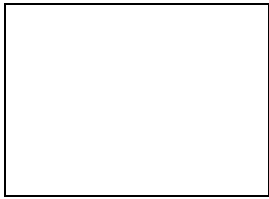


Foto de la Menor
Dedo

HISTORIA MEDICA NIÑA/ADULTO

Huella digital del

Gordo de la

Menor
Nombre _____ Edad (De la Menor) _____

(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____

(Teléfono Durante el Día)

(Teléfono Durante la Tarde)

Hay alguna limitación física que debemos saber?

Por Favor Marque las Enfermedades ó Alergias que padece.

Ashma Problemas con los Rinones Alergia a Plantas* Alergia a Medicamentos* Alergia a Insectos*
 Epilepsia Diabetes Convulsiones Alergia a Alimentos* Fiebre Reumatica Problemas Cardiacos Desmayos Hemorragia nasal Sinusitis Otros, por favor describalas* Se orina en la cama Constipacion Dolores al Menstruar Mareos y nauseas al viajar Reumas Desmayos Dieta especial Insomio Disturbios Emocionales Problemas auditivos *Por favor indique el tratamiento a seguir _____

Registro de Vacunas	Fecha de Vacunas	Fecha de la Ultima Vacuna
D.T.P.	_____	_____
Difteria	_____	_____
Pertussis (whooping cough)	_____	_____
Tetano	_____	_____
Td	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Paperas	_____	_____
Rubéola	_____	_____
Oral Polio	_____	_____
Hib	_____	_____
Examen de Tuberculosis (mas reciente)	(Resultado) _____	_____

Fecha de la ultima inyección del tetano _____ Fecha del ultimo Examen Medico _____

Los medicamentos que se lleven al campamento ó a los eventos del grupo deberan de entregarse a la enfermera ó encargada de primeros auxilios junto con las instrucciones de los medicamentos y la firma de los padres/tutores. No se dara ninguna medicina sin el permiso firmado por los padres ó tutores. Haga una lista de las medicinas que lleva e incluya las instrucciones de como usalos.

otcatnoc ed setnel o setnel asUف sonerf asUÍ

En caso de una emergencia en la que se requiera atención medica de inmediato y no puedan localizarme Yo los autorizo ara Que contacten a uno de mis familiares y tomen las decisiones necesarias para proteger la salud de mi hija.

Firma _____ Fecha _____

En caso de una emergencia contacte a uno de mis familiares _____

Direccion _____ Parentesco _____ Telefono _____

Si no se localiza hable a _____

Direccion _____ Parentesco _____ Telefono _____

Nombre del Doctor o Clinica _____ Telefono _____

Seguro Medico Personal _____ Poliza _____

Las ninas y adultos registrados en el Girl Scouts of Central California South estan asegurados bajo Mutual of Omaha.