girl scouts of wisconsin southeast

Health History Card

This health history is to be completed and signed by parents/guardians of girls.

Once signed, this form gives permission for necessary health care, prescribed medications, and emergency treatment.

Name of girl:_____ Name of family physician:_____

Custodial parent(s) name:_____ Physician phone number:_____

Parent phone/cell numbers:_____ Emergency contact:_____

Date of last Tetanus immunization:_____ Emergency contact number:_____

Were any complicating medical problems noted in the last health examination?_____

Illnesses and Injuries (check all that apply)	
❒ Heart defect/disease	❒ Asthma
❒ Musculoskeletal disorders	❒ Diabetes
❒ Bleeding/clotting disorders	❒ Seizures
❒ Other_____	

Allergies (check all that apply and type of reaction)	
❒ Pollen_____	❒ Latex_____
❒ Animals_____	❒ Nuts_____
❒ Insect stings_____	❒ Milk_____
❒ Medicines/Drugs_____	❒ Other foods_____

Other Health Conditions (check all that apply)			
❒ Bed wetting	❒ Motion sickness	❒ Sleep disturbances	❒ Menstrual cramps
❒ Hearing impairment	❒ Nosebleeds	❒ Fainting	❒ Wears glasses/contact lenses
❒ Special dietary regimen	❒ ADD/ADHD	❒ Emotional behaviors	❒ Ear problems/tubes

Please explain any items that are checked or NOT listed. Add any health information that may be useful to the adult in charge.

_____

Activities to be restricted:_____ Activities to be encouraged:_____

I know of no reason(s), other than the information indicated on this form, why my girl should not participate in activities except as noted.

Signature of parent/guardian:_____ Date: _____

Revised July 2014

girl scouts of wisconsin southeast

REGISTRO MÉDICO DE LA NIÑA

Este registro médico tiene que ser llenado y firmado por los padres/guardianes legales de la niña

Una vez firmado, este formulario le otorga permiso para el cuidado de la salud es necesario, medicamentos recetados, y el tratamiento de emergencia.

Nombre de la niña:_____

Nombre del padre/guardián(es):_____

Números de teléfonos de los padres:_____

Fecha de la última vacuna de tétano:_____

Nombre del doctor familiar:_____

Número de teléfono del doctor:_____

Persona de contacto en caso de emergencia:_____

Número de teléfono de esa persona:_____

Enfermedades y lesiones físicas (marque las que apliquen)

__ Defecto/enfermedad del corazón
__ Desorden músculo-óseo
__ Sangrado/problemas de coágulos
__ Otro_____
__ Asma
__ Diabetes
__ Convulsiones

Alergias (marque las que apliquen y el origen específico de la reacción alérgica)

__ Animales_____
__ Comida_____
__ Plantas_____
__ Picadura de insectos_____
__ Fiebre del heno_____
__ Medicina/Drogas_____
__ Polen_____
__ Otro_____

¿Hubo problemas médicos complicados en el último exámen médico?_____

Otra condición de salud (marque las que apliquen)

__ Mojar la cama
__ Calambres menstruales
__ Desmayo
__ Otro (especificar) _____
__ Mareo al viajar
__ Sordera/problemas de audicion
__ Usa lentes/lentillas
__ Disturbios del sueño
__ Hemorragia nasal
__ Dieta especial

Por favor explique cualquier articulo que marcó, y añada información útil que sea relevante a la condición de salud de su hija. También, indique cualquier actividad que se pudiera estimular o ser restringida.

A mi mejor entender no hay ninguna razón, con la excepción de la información indicada en este formulario, para que mi hija no puede participar en actividades.

Firma del padre/guardián:_____ Fecha: _____

Revisado julio 2014