



Health History Information

To ensure the safety of girls during all Girl Scout activities, parents/guardians are highly encouraged to complete this Health History Information and provide to your troop co-leader annually.

Girl's first and last name: _____ Troop: _____

Guardian 1 name: _____

Phone #1: _____ Phone #2: _____

Guardian 2 name: _____

Phone #1: _____ Phone #2: _____

Custodial care of: Both Mother Father Other _____

Person(s) authorized to pick up from meetings or activities: _____

How will she get home after troop meetings? (Check only one)

____ She will always walk home after troop meetings (including during winter when it gets dark early)

____ She will always be picked up by an adult

____ She will be picked up by a sibling

____ Other (please explain):

Contact Phone Number During Meetings: _____

Emergency contact name 1: _____

Emergency contact phone: _____ Relationship: _____

Emergency contact name 2: _____

Emergency contact phone: _____ Relationship: _____

Name of family physician: _____ Physician phone number: _____

Are any medications taken on a regular basis? Yes No

If yes, does it need to be taken during the meetings or activities? Yes No

If yes, explain: _____

Participant will carry an: EpiPen Inhaler

Are there any restrictions or special needs related to physical activity? Yes No

If yes, explain: _____



Información del Historial de Salud

Para garantizar la seguridad de las niñas durante todas las actividades de Girl Scouts, se recomienda encarecidamente a los padres/tutores que completen esta Información del historial de Salud y la proporcionen anualmente a su co-líder de la tropa.

Nombre y apellido de la niña: _____ Tropa: _____

Nombre del padre/madre/guardián legal 1: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Nombre del padre/madre/guardián legal 2: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Cuidado de custodia de: Ambos padres Madre Padre Otros _____

¿Quién tiene permiso para recogerla? _____

Cómo se irá a casa después de la junta de tropa? (Marque solo uno por favor)

____ Siempre se irá caminando (incluso en el invierno cuando oscurece temprano)

____ Siempre vendrá un adulto a recogerla

____ Un hermano/una hermana de la niña vendrá por ella

____ Se irá de otra manera (por favor explique aquí): _____

Número de teléfono de contacto durante las reuniones: _____

Nombre del contacto de emergencia 1: _____

Teléfono del contacto de emergencia 1: _____ Relación: _____

Nombre del contacto de emergencia 2: _____

Teléfono del contacto de emergencia 2: _____ Relación: _____

Nombre del doctor familiar: _____ Teléfono: _____

¿Se toman medicamentos regularmente? Si No

En caso afirmativo, ¿se debe tomar durante las reuniones o actividades? Si No

En caso afirmativo explicar: _____

El participante llevará consigo: Inhalador EpiPen

¿Hay alguna restricción o necesidad especial relacionada con la actividad física? Si No

En caso afirmativo explicar: _____

Health History Information

To ensure the safety of girls during all Girl Scout activities, parents/guardians are highly encouraged to complete this Health History Information and provide to your troop co-leader annually.

IMPORTANT: Explain any items that are checked in the space provided below.

Immunization Dates (MM/DD/YYYY)

Tetanus or DPT _____

Polio _____

MMR _____

Hepatitis B _____

Varicella/HIB _____

Since her last exam, has she been:

- Exposed to a contagious disease
- Had a surgical operation
- Had a serious illness

Illnesses

- Heart defect/disease
- Musculoskeletal
- Asthma
- Bleeding/clotting
- Seizures
- Diabetes

Allergies: Include specifics

- Animals
- Insect stings
- Pollen
- Latex
- Medicines/Drugs
- Nuts
- Dairy
- Other (list below)

Other/Special Needs

- Wears glasses/contact lenses
- Fainting
- Ear problems/tubes
- Hearing impairment
- Emotional behaviors
- ADD/ADHD medicated/not medicated
- Sleep disturbances
- Menstrual cramps
- Motion sickness

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: _____

Información del Historial de Salud

Para garantizar la seguridad de las niñas durante todas las actividades de Girl Scouts, se recomienda encarecidamente a los padres/tutores que completen esta Información del historial de Salud y la proporcionen anualmente a su co-líder de la tropa.

IMPORTANTE: Explique a continuación cualquier condición que marque en el área provista.

Fechas de vacunación (MM/DD/YYYY)

Difteria, tos ferina, y tetanos
(DPT) _____

Polio _____

Sarampion, paperas y rubeola
(MMR) _____

Hepatitis B _____

Varicella/HIB _____

Desde el último examen de salud ella tiene:

Ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa

Tuvo una operación quirúrgica

Tuvo una enfermedad grave

Enfermedades y lesiones físicas

Defecto/enfermedad del corazón

Desorden músculo-óseo

Asma

Sangrado/problemas de coágulos

Convulsiones

Diabetes

Alergias (sea específico)

Animales

Picadura de insectos

Polen

Látex

Medicina/Drogas

Nueces

Lácteos

Otros (indique abajo)

Otras/Necesidades especiales

Usa lentes/lentes de contacto

Desmayo

Problemas/tubos de oído

Discapacidad auditiva

Comportamientos emocionales

ADD/ADHD medicado/no medicado

Trastornos del sueño

Calambres menstruales

Cinetosis

Por favor explique cualquier condición que esté marcado o NO esté en la lista. Agregue cualquier información de salud que pueda ser útil para el adulto a cargo.

Actividades a ser restringidas: _____

Actividades para ser alentadas: _____

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 legal: _____ Fecha: _____