



## INFORMACIÓN MÉDICA DEL ADULTO EN CASO DE EMERGENCIA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
(Este formulario debe ser actualizado anualmente.)

*(Sólo para el uso de la tropa)*

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ultimo refuerzo del toxoide tetánico (fecha) \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos \_\_\_\_\_

Otra información pertinente a medicamentos o limitación de actividades: \_\_\_\_\_

### Número telefónico de un contacto en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

### Médico de la familia

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_ Teléfono después de horas de oficina \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros de la Familia \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

### Historia Médica

¿Ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones?

- Fiebre reumática
- Enfermedad del corazón
- Asma
- Epilepsia
- Enfermedad crónica de los pulmones
- Enfermedad crónica del oído
- Enfermedad de los huesos o articulaciones

Otro (sea específico por favor) \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún defecto de visión o auditivo? Sí No  
Si contestó si, explique: \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

## Formulario de exención de responsabilidad médica del adulto

Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente, doy mi autorización para recibir tratamiento medico o quirúrgico y de ser hospitalizado si fuese necesario en caso de emergencia. Bajo ninguna circunstancia, las Girl Scouts de Utah, sus ejecutivos, lideres, agentes o representantes serán responsables por primeros auxilios, tratamientos, drogas y medicamentos, o procedimientos quirúrgicos prestados según este consentimiento.

Firmado \_\_\_\_\_  
Mi firma