



# Información médica de la niña 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 \_\_\_\_\_ No. de tropa \_\_\_\_\_ Nivel de edad de la tropa \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre de la líder \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

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

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

### Teléfono donde los padres o tutor puedan ser localizados:

Nombre de padre \_\_\_\_\_ Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre del tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Número de la Póliza \_\_\_\_\_

### Historia Médica

Ha sido ella tratada 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 (especifique por favor) \_\_\_\_\_

¿Tiene ella defectos de visión o auditivo? \_\_\_\_\_

Si contesto si, explique: \_\_\_\_\_

¿Usa ella lentes de contacto? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## Formulario de exención de responsabilidad médica de la niña

Nosotros por medio de la presente damos autorización para que nuestra hija \_\_\_\_\_ reciba tratamiento médico o quirúrgico y para ser hospitalizada si fuese necesario en caso de emergencia. Bajo ninguna circunstancia, las Girl Scouts de Utah, sus ejecutivos, líderes, agentes o representantes, serán responsables por primeros auxilios, tratamientos, drogas y medicamentos, o procedimientos quirúrgicos prestados según este consentimiento.

Nombre de los padres(s) \_\_\_\_\_  
*Padre* \_\_\_\_\_ *Madre* \_\_\_\_\_

Nombre del tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

En caso de que no podamos ser localizados, las siguientes personas podrán ser contactas en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_  
*Madre o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Padre o tutor*

Fecha de hoy\* \_\_\_\_\_

\*Este formulario debe ser actualizado anualmente.