



TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA ANUALMENTE POR PADRES/GUARDIANES DE LA NIÑA

I PARTE: RECORD DE LA NIÑA

Form fields for child information: Nombre de la Niña, Escuela que Atiende, Fecha de Nacimiento, Tropa Número, Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal, Dirección Electrónica de la Familia, Nombre de la Madre, Teléfono de Día, Teléfono de Noche, Nombre de la Padre, etc.

Emergency permission checkboxes: Es su niña incapacitada?, Tenemos su permiso para que su niña reciba tratamiento medico de emergencia si es necesario?

PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD. Los registros de historia de salud de su niña son solamente concernientes a la salud en eventos específicos. Firma de Madre/Padre/Guardián, Fecha, Teléfono, Teléfono Celular.

II PARTE: OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA DIFERENTE AL PADRE/MADRE/GUARDIAN. Form fields for Name, Teléfono de Día, Teléfono de Noche.

III PARTE: INFORMACION DE SEGURO DE SALUD. Form fields for Dentist, Doctor, and Insurance/Policy information.

IV PARTE: ALERGIAS/ENFERMEDADES/LESIONES. Reacciones Alérgicas, Enfermedades Crónicas o recurrentes, Otra Condición de Salud.

V PARTE: MEDICACION Y ACTIVIDADES. Esta su niña tomando alguna medicina? Medication table with columns for Medication, Reason, and Secondary Effects.

VI PARTE VI: HISTORIA DE INMUNIZACIÓN. Lo siguiente es la historia de las inmunizaciones de las niñas. Table for Immunization with columns for Immunization, Date of First Vaccines Completed, and Year of Last Vaccine.

Footer section with Repase por favor esta forma anualmente. Actualizado fields and date.