



Girl Scouts

REGISTRO DE HISTORIA DE SALUD DE ADULTO

Por Favor Use Letra de Molde – Oprima Fuerte con Pluma Azul o Negra

PARTE I: RECORD DE ADULTO

Nombre de Adulto _____	Fecha de Nacimiento _____	Sexo _____
Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal _____		Dirección Electrónica de la Familia <i>(Para uso de GSNC solamente)</i> _____
Teléfono celular () _____	Teléfono de día () _____	Teléfono de noche () _____

PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD

Registro de salud de adulto solamente será usado en eventos específicos. Todos los registros son manejados por empleados/voluntarios cuyo trabajo incluye procesar o usar esta información para el beneficio del participante. Todos los registros médicos son retenidos con acceso limitado por el supervisor de cuidado de salud para el evento específico. Información mínima necesaria podría ser compartida con los empleados/voluntarios del evento para proveer seguridad adecuada y cuidado de salud al participante. Registro de historia de salud será retenido por el consejo patrocinador hasta que sea destruido. Todas formas/registros con tratamiento anotado serán retenidas por siete años después de la edad de madurez del participante. Acceso a la información será limitado, pero se pueden pedir copias al patrocinador del evento por el participante o su representante legal. He leído los procedimientos descritos anteriormente sobre el manejo de información de registros de historia de salud y estoy de acuerdo en liberar cualquier información necesaria para tratamiento, referencia, facturas o compañía de seguros.

He leído los procedimientos antedichos para manejar la información de registro de historia de salud y convengo el lanzamiento de cualquier expediente necesario para los propósitos de tratamiento, de la remisión, de la facturación o del seguro.

Firma del Adulto Participando: _____ **Fecha:** _____

PARTE II: INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Nombre del DENTISTA de la familia: _____ Teléfono: () _____

Nombre del MEDICO de la familia: _____ Teléfono: () _____

Nombre del SEGURO / GRUPO / POLIZA MEDICA de la familia: _____ NUMERO del GRUPO / POLIZA: _____

PARTE III: ALERGIAS/ENFERMEADES/LESIONES

Reacciones Alérgicas: (Marque las que apliquen y especifique la naturaleza de la reacción alérgica)

Marque aquí si no tiene alergias

A los Animales _____ Fiebre del Heno _____ Medicinas/Drogas _____ Polen _____
Comidas _____ Picaduras de Insectos _____ Plantas _____ Otras (especifique) _____

Enfermedades Crónicas o recurrentes: (Marque las que apliquen y de las fechas apropiadas)

Otras Enfermedades Crónicas/Recurrentes (especifique) _____
Asma _____ Diabetes _____ Enfermedad/Defecto del Corazón _____ Desordenes Muscular Esquelétala _____
Hemorragia/Desorden de coagulación _____ Infección de Oído _____ Hipertensión _____ Espasmos/Ataques _____

Fecha del último examen de salud: _____

Hubo algún problema medico complicado en su ultimo examen de salud? NO SI Si dice SI, que? _____

Otra Condición de Salud: (Marque las que apliquen) Otra _____

Desorden Deficiente de Atención (ADD) Mongolismo (Down's Syndrome) Dificultad de Oír Hemorragia Nasal Usa Anteojos/Lentes de Contacto Moja (Orina) la Cama Disturbio Emocional Calambre de Regla Menstrual Propensión/Enfermedad de Drepanocemia (Sickle Cell) Dieta Alimenticia Especial Abrazadera Dental (Braces) Desmayos Mareos por movimiento Problemas al dormir Problemas de Visión

PARTE IV: MEDICACION Y ACTIVIDADES

Esta tomando alguna medicina? NO SI

Si marca SI escriba la medicina, razón y efecto secundario posible
MEDICACION EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PARTE V: CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

En el caso de una emergencia, se hará todo lo posible para contactar un contacto de emergencia. Yo doy autorización a Girl Scouts del norte de California a buscar tratamiento para mí por un médico con licencia de conformidad con el Código de Familia de California Sección 6910 California y 25.8 del Código Civil. No conozco ningún motivo (s), excepto la información indicada en este formulario, ¿por qué yo no debería participar en las actividades prescritas.

Firma del Adulto Participando: _____ Fecha: _____

PARTE VI: CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono Celular	Teléfono de Día	Teléfono de Noche
1.		() _____	() _____	() _____
2.		() _____	() _____	() _____
3.		() _____	() _____	() _____

Repase por favor esta forma anualmente. Si no hay cambios o ajustes de menor importancia, marque por favor ésos, después firme y feche.

Actualizado _____ Fecha _____
Actualizado _____ Fecha _____
Actualizado _____ Fecha _____