



Girl Scouts of Southeastern Michigan

Formato de Salud de la Niña

Propósito de este formato

Este formato contiene información acerca de alergias y administración de medicamentos a las niñas y es una ayuda para proporcionar la atención apropiada. Este formato se lo debe quedar la Líder de Tropa/ Consejero de Tropa en sus archivos y no deberá ser entregado a GSSEM.

Información Familiar

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre del Padre/Guardián 1: _____

Información del Médico

Nombre del médico familiar: _____ Número de teléfono: _____

Aseguradora: _____ Número de póliza/grupo: _____

Mi hija necesita las siguientes adaptaciones por problemas físicos, de desarrollo o de salud mental:

Información de Alergias

Mi hija es alérgica a las siguientes comidas: _____

Mi hija es alérgica a los siguientes medicamentos: _____

Signos que buscar en caso de reacción alérgica: _____

Si mi hija tiene una reacción alérgica, las líderes harán lo siguiente: _____

En caso de emergencia

En caso de Emergencia si el padre/guardián no puede ser localizado, la líder notificara a los siguiente(s) individuo(s) que notificaran al padre/guardián:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Permiso para administración de medicamentos

Solo se usará cuando se necesite dar medicamento a un menor durante un viaje o junta de tropa.

ATENCIÓN: Todos los medicamentos prescritos y del mostrados deberán estar en sus empaques originales con la dosis original o instrucciones prescritas en el empaque. No se permitirán pastillas y/o vitaminas en una bolsa o pre contados en un pastillero. Incluye medicamentos para alergias y cólicos menstruales. Si la prescripción no tiene el nombre de tu hija como la paciente, el medicamento no será administrado. Medicamentos del mostrador o prescritos serán guardados por el chaperón/socorrista que será el responsable de administrarlos. La única excepción serán las EpiPens y los inhaladores, que serán enlistados debajo y llevados por la niña. Los medicamentos no se administrarán sin la firma del padre/guardián.

Mi hija toma los siguientes medicamentos de forma regular:

(Incluir medicamentos para alergias y cólicos menstruales. Si la prescripción no tiene el nombre de tu hija como la paciente designada, no podremos administrar el medicamento)

Medicamento	Nombre Prescripción/Sin-Pres.	Dosis & Tiempo	Posibles efectos secundarios
-------------	-------------------------------	----------------	------------------------------

A: _____

B: _____

C: _____

Mi hija tiene mi permiso de tomar los medicamentos del mostrador indicados aquí abajo como crea necesario el socorrista/supervisor de salud:

Paracetamol (i.e. Tylenol, Anacin II)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno (i.e. Advil, Motrin)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pastillas para la garganta	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pomada antibiótica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Enjuague ocular	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Caladryl/Benedryl	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tums	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Crema de hidrocortisona	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Otros:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Otros:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Aprobación del Padre

Firmando abajo, autorizo que toda la información incluida en este formato es correcta.

Firma del Padre/guardián: _____

Nombre: _____ Fecha: _____