



Girl Scouts del Sureste de Michigan

La Tropa - Chica (miembro)

Formulario de Información de Salud (Niñas)

Propósito de este formulario

Este formulario contiene información sobre las alergias y la dispensación de medicamentos a las niñas, y para ayudar a proporcionar la atención adecuada. Este formulario es para el líder a mantener. Esto no se entregó al GSSEM. Este formulario es para que el líder se mantenga en el archivo y no se debe devolver a GSSEM.

Información de la familia

Nombre (la niña): _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Padre/Tutor #1 (nombre): _____

Telé (casa): _____ Telé (celular): _____ Telé (trabajo): _____

Padre/Tutor #2 (nombre): _____

Telé (casa): _____ Telé (celular): _____ Telé (trabajo): _____

Información del medico

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Seguros: _____ Número de póliza o del grupo: _____

Mi hija va a necesitar los siguientes ajustes razonables para participar (por favor describa): _____

Información sobre la alergia

Mi hija es alérgica a los siguientes **alimentos**: _____

Mi hija es alérgica a los siguientes **medicamentos**: _____

Señales a buscar en caso de una reacción alérgica: _____

Si mi hija tiene una reacción alérgica, los líderes deben hacer lo siguiente: _____

En el caso de una emergencia

En el caso de una emergencia, si el padre / guardián no puede ser alcanzado, el líder notificará a la siguiente persona, que entonces debe notificar al padre:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____

Permiso para administrar medicamentos

Esto sólo debe ser utilizado por los líderes cuando la medicación necesita ser dispensada a un menor durante un viaje de la tropa o durante una reunión.

POR FAVOR TOME NOTA: Todos prescritos y medicamentos de venta libre deben estar en sus envases originales con la dosis original o direcciones apropiadas en el contenedor. Pastillas o vitaminas no se permitirá en una bolsita o recuentan en una caja de pastillas. Por favor incluye alergias y medicamentos para aliviar el dolor menstrual. Si una receta no tiene el nombre de su hija como el paciente designado, no podemos administrar el medicamento. Las medicinas recetadas o de venta libre serán recogidas por el acompañante adulto/socorrista que será responsable de la dispensación de la medicación. Las únicas excepciones serán los EpiPens e inhaladores, que puedan estar listados a abajo y llevadas por la chica. El medicamento será no ser dispensado sin la firma del padre/tutor.

Mi hija toma estos medicamentos (abajo) sobre una base regular:

(Incluya alergias y medicamentos para aliviar el dolor menstrual. Si una receta no tiene el nombre de su hija como el paciente designado, no podemos administrar el medicamento)

<u>La medicación</u>	<u>Prescrito o sin receta?</u>	<u>Cantidad y tiempo de dosificación</u>	<u>Los efectos secundarios</u>
----------------------	--------------------------------	--	--------------------------------

A: _____

B: _____

C: _____

Yo doy permiso para que mi hija tome los medicamentos de venta libre que se indican a continuación cuando se considere necesario por socorrista/supervisor de salud:

El acetaminofén (Tylenol, Anacin II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno (Advil/Motrin)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pastillas para la garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ungüento antibiótico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enjuagarse los ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Loción de calamina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antiácidos (Tums/Rolaids)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Crema de hidrocortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Aprobación de los padres

Al firmar abajo, yo autorizo a que toda la información incluida en este formulario es correcta.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre impreso: _____ Fecha: _____