

Niña/Adulto Forma De Historial De Salud



NIÑA MIEMBRA ADULTO MIEMBRO

Esta forma debe ser completada por niñas y adultos asistiendo con una tropa. La forma será retenida por la tropa y estará en archivo por tres años. Después de que la forma sea inicialmente completada y firmada será revisada anualmente. Iniciar y poner fecha como sea necesario al Hacer correcciones y/o actualizar la información.

Tropa #:	o Individual: <input type="checkbox"/>	Unidad de Servicio #:	Año:	Grade:	Iniciales:	Fecha:
Tropa #:	o Individual: <input type="checkbox"/>	Unidad de Servicio #:	Año:	Grade:	Iniciales:	Fecha:
Tropa #:	o Individual: <input type="checkbox"/>	Unidad de Servicio #:	Año:	Grade:	Iniciales:	Fecha:

Información de Contacto	Nombre:				
	Dirección:				
	Ciudad/Estado/Código Postal:				
	Teléfono en el día : ()		Teléfono en la tarde: ()		
	Cellular: ()		Email:		
	La Niña esta bajo la custodia de: ___ Ambos padres ___ Madre/Guardián ___ Padre/Guardián ___ Otro				
	Padre/Guardián (es) Nombre: (Completar para la niña solamente)			Tel.: ()	
	1.			Cellular: ()	
	Madre/Guardián (es) Nombre: (Completar para la niña solamente)			Tel.: ()	
	2.			Cellular: ()	
Información de Salud	Nombre de persona en caso de una Emergencia:				Relación:
	Teléfono en el día : ()		Tardes: ()		Cellular: ()
	Nombre del doctor:				Tel.:
	Nombre de la clínica:			Seguro Medico:	
	Póliza #:				
	Las vacunas están al corriente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	La participante ha tenido lesiones o cirugías recientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	Si es así favor de explicar:				
	La participante toma medicamentos recetados regularmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	Si es así, poner nombre de medicina y razón:				
Autorización	Esta la participante restringida o limitada de alguna actividad física? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	Si es así favor de explicar:				
	Alergias:				
	Concierna especial (seleccionar lo que aplique):				
	<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> sordera	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> ataques
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> Defecto o enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Hipo glicemia	<input type="checkbox"/> Otro:
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Híper glicemia	<input type="checkbox"/> Enfermedades de movimiento	
	Temores a : (tormentas, agua, insectos) especificar:				
	Regimen especial de dieta:				
	AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN				
Esta forma de salud es correcta y completa. No se de otras razones excepto la información indicada en esta forma del porque mi hija/niña no debe participar in actividades prescritas excepto lo notificado. En el evento de que mi hija necesite atención medica durante la participación en actividades de las girl scouts, Yo autorizo al adulto encargado en ver que mi hija reciba primeros auxilios razonables y transportarla a una facilidad de salud para servicios de emergencia necesarios.					
Firma del padre/Guardián:			Fecha:		
AUTORIZACION DEL ADULTO MIEMBRO					
Esta historial de salud es correcta y completa. Yo puedo participar en todas las actividades excepto las notificadas.					
Firma del adulto miembro:			Fecha:		

LIDER DE TROPA-Por favor retener esta forma para sus records en manera confidencial

GSMWLP 7/09 #3801

**Las Girl Scouts necesitan adultos voluntarios para ayudar en eventos y actividades.
Por favor marque la posición voluntaria que más le interese. Gracias!**

Como voluntaria de las Girl Scouts estoy dispuesta en asistir en lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ser líder de tropa | <input type="checkbox"/> Ser la coordinadora de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Ser asistente de la Líder de tropa | <input type="checkbox"/> Ser organizadora/recluta/consultante de las tropas |
| <input type="checkbox"/> Ser la tesorera de la tropa | <input type="checkbox"/> Ser coordinadora de eventos y programas |
| <input type="checkbox"/> Ser gerente de ventas de productos de la tropa | <input type="checkbox"/> Ser la encargada de registraciones |
| <input type="checkbox"/> Ser ayudante en juntas de tropa | <input type="checkbox"/> Ser la tesorera de la unidad de tropa |
| <input type="checkbox"/> Proveer cuidado infantil para las lideres de tropa | <input type="checkbox"/> Ser la gerente de la comunidad en venta de productos |
| <input type="checkbox"/> Voluntaria de trasportación | <input type="checkbox"/> Voluntaria para recibir mercancía de galletas |
| <input type="checkbox"/> Voluntaria para almacenar galletas | <input type="checkbox"/> Ser la gerente de relaciones publicas |
| <input type="checkbox"/> Ser la vocera de la unidad de servicio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Plan de maneja miento de seguridad y crisis

Plan De Seguridad & Crisis

Permanecer en calma.

Pensar claro.

Tener todo los datos.

Si ocurre un accidente serio, emergencia mayor o fatalidad, completar pasos # 1-5. Si otra situación amenaza el bien estar de las Girl scouts y miembros, empezar con paso #3.

1. Dar prioridad de atención al lesionado. Llamar a servicios de emergencia (911 en la mayoría de comunidades).

Para una lesión seria Llamar:

- Doctor
- Ambulancia
- Llama a servicios familiares o ministro

Para una fatalidad:

- Siempre llamar a la policía
- No disturber a la victima o alrededores
- Llama a servicios familiares

2. Encargar a un adulto o niña responsable a estar con personas no lesionadas. Una trabajadora de Girl Scout contactara a los padres/guardianes o a un familiar.

3. Inmediatamente contactar a la Dirección Ejecutiva para reportar la naturaleza de la situación. Estar preparado en dar nombres y número de teléfonos de las personas afectadas.

Durante horas de oficina:

800 955-6032 ext 234
320 252-2952 ext 234

Después de horas de oficina:

Cell: 320 260-5873

4. No dar información a los reporteros. Referir toda pregunta a la Dirección Ejecutiva, o trabajadora presente. Decir " Lo siento, Ud. Tendrá que hablar con las personas de Girl Scouts. No tome culpa o acepte responsabilidad.

5. Mantener contacto con la Dirección Ejecutiva o trabajadora designada en dar información actualizada de la situación.

Llenar forma # 1004 reporte de emergencia dentro de 24 horas con la trabajadora a quien notifico. En todo tipo de emergencia de accidentes o lesiones, obtenga formas de seguro en el departamento de Finanzas en el Waite Park Regional Center.

LIDER DE TROPA-Por favor retener esta forma para sus records en manera confidencial

GSMWLP 7/09 #3801