

# HISTORIAL DE SALUD Y SEGURIDAD PARA GIRL SCOUT

Este historial de salud debe ser completado y firmado por los Padres/Tutor.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ No. de Tropa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono secundario \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia

Teléfono \_\_\_\_\_ de relación de \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ de relación de \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_

Nombre del \_\_\_\_\_ teléfono del médico de familia \_\_\_\_\_

Póliza de \_\_\_\_\_ Seguro Médico Familiar/Hospital \_\_\_\_\_ Número de Grupo No. \_\_\_\_\_

Autorizo a un representante del Concilio de Girl Scouts de Greater New York, Inc. (líder de tropa, empleado del concilio, empleado de campamento y/o voluntario) a usar la información médica a continuación con respecto a mi Girl Scout, durante reuniones de tropas, viajes, actividades de campamento, y otros eventos de Girl Scout.

¿Tiene su Girl Scout alguna condición médica, lesiones/cirugías pasadas, o alguna condición física, sensorial o conductual que afectara su capacidad de participar activamente en cualquier tarea o actividad específica?

Si  NO

Si es así, indique la(s) condición(es) médica(s) y cómo la(s) condición(es) pueden limitar la participación:

¿Hay alguna asistencia o adaptaciones especiales que se puedan hacer para apoyar la experiencia de su Girl Scout?  Si  NO

Si es así, favor de explicar:

¿Su Girl Scout tiene alguna alergia (alimentos, drogas, medio ambiente, etc.)?  Si  NO

Si es así, indique los detalles de la reacción alérgica y la descripción de la reacción:

¿Su Girl Scout tiene epinefrina prescrito/requerido?  Si  NO ¿Tiene su Girl Scout un inhalador asmático?  Si  NO

¿Su Girl Scout toma regularmente medicamentos o necesita tomar algún medicamento durante las actividades de Girl Scout?

Si  NO

Si es así, explique cómo se debe administrar el tratamiento, incluya la frecuencia y indique si su Girl Scout puede auto administrarse:

¿Su Girl Scout tiene alguna restricción/modificación de alimento(s)  Si  NO

Si es así, proporcione los detalles:

¿Está su Girl Scout al día con todas las vacunas y vacunas contra el tétanos, según sea necesario para la escuela?  Si  NO

## Permisos

Por favor, lea las declaraciones e inicie en el espacio proporcionado

**COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona.** Al igual que con cualquier actividad social, la participación en Las Girl Scouts podría presentar el riesgo de contraer COVID-19. Mientras que las Girl Scouts de Greater Nueva York (GSGNY) toma todas las precauciones de seguridad y prevención, GSGNY no puede de ninguna manera garantizar que la infección COVID-19 no ocurrirá a través de la participación en programas de Girl Scout, eventos, actividades, etc.

\_\_\_\_ No permitiré que mi Girl Scout asista si no considero que ella o los miembros de mi hogar están en buenas condiciones físicas o si ella/miembros de mi hogar han estado expuestos a alguna enfermedad contagiosa.

### **Permiso para autoadministrar medicamentos:**

\_\_\_\_ Confirmando que mi Girl Scout tiene los conocimientos y habilidades necesarias, y disponibles, para autoadministrar los medicamentos de emergencia indicados según sea su medicamento requerido durante las actividades de Girl Scout. El líder de la tropa/primer ayuda de auxilio(s) serán notificado si tiene que usar su medicamento y no puede ayudar en la administración de dicho medicamento.

### **Permiso para proporcionar el tratamiento necesario o la atención de emergencia:**

\_\_\_\_ En caso de emergencia, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con un padre/tutor o contacto de emergencia. Si no se puede hacer contacto, por la presente doy autorización a Girl Scouts of Greater New York o a representantes de GSGNY para buscar una acción o tratamiento razonable para mi niña.

### **Participación en reuniones virtuales:**

\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi Girl Scout participe en reuniones virtuales de GSGNY a través de la videoconferencia GSUSA Zoom y la recopilación de la información personal (nombre, correo electrónico, etc.) necesaria para unirse a la reunión en línea.

### **Grabación de reuniones virtuales:**

\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que las reuniones virtuales de GSGNY se registren con el entendimiento de que las grabaciones solo se compartirían con otros miembros, voluntarios, miembros de la junta o personal de GSGNY, a menos que se proporcione consentimiento adicional para la publicación y distribución de la grabación.

### **Transporte**

\_\_\_\_ La responsabilidad de los Líderes de Tropa termina al final de la Reunión de Tropa. El padre o tutor es responsable del transporte de la Girl Scout a casa. Para la información de los Líderes, inicialice uno de los siguientes:

\_\_\_\_ Mi Girl Scout puede caminar a casa desde las Reuniones de la Tropa.

\_\_\_\_ Mi Girl Scout no puede caminar a casa de las Reuniones de la Tropa. Arreglaré su transporte a casa.

### **Cancelación de emergencia**

\_\_\_\_ Existe la posibilidad de que los Líderes Voluntarios tengan que cancelar inesperadamente una Reunión de Tropa.

\_\_\_\_ Le diré a mi Girl Scout qué hacer si surge una emergencia.

### **Actividades no programadas**

Ocasionalmente, la Tropa decidirá salir de su lugar de reuniones para una actividad específica. El destino de la Tropa será publicado en el lugar de reuniones regular, y el despido de la Tropa será del lugar de reunión regular en el momento regular. No se utilizarán vehículos para este tipo de actividad espontánea.

\_\_\_\_ Daré permiso para que mi Girl Scout participe en actividades locales no programadas con su tropa durante la hora regular de la reunión de tropas.

### **Fotografías**

Ocasionalmente, las fotos tomadas de las Girl Scouts durante las actividades de Las Girl Scouts se muestran en noticias locales o se utilizan con fines promocionales.

\_\_\_\_ Doy permiso al Concilio de Girl Scouts de Greater New York, Inc. para usar fotos tomadas de mi Girl Scout durante las actividades de Girl Scout para la publicidad de Girl Scout.

\_\_\_\_ Certifico que este formulario de historial de salud es completo y preciso. No conozco ninguna razón, aparte de la información que se señala en este formulario, por qué mi Girl Scout no debe participar en actividades de Girl Scout.

Fecha de la \_\_\_\_\_ firma del padre/tutor \_\_\_\_\_