

Permiso para reunión de tropas, viajes de día y cuidado médico

Tropa # _____

Nombre de niña _____

ACUERDO DE SEGURIDAD PARA JUNTAS DE TROPA

1. ¿Estará su hija caminando a casa después de las juntas de tropa? Sí No
2. ¿La llevará manejando alguien a casa después de las juntas de tropa? Sí No
3. ¿Cómo se llama la persona que la llevará a casa y que número de teléfono tiene?

4. ¿Habrá alguna otra persona que tenga su autorización para que lleven a su hija a casa ya sea caminando o en carro?

Nombre & número de teléfono: _____

5. ¿Hay alguna persona que **NO** esté permitido recoger a su hija?

Nombre: _____

Entiendo que si mi hija tiene quien la recoja y la lleve a casa, yo soy responsable de asegurarme de que esa persona nombrada en las preguntas 3 y 4 esté para recogerla a las _____ p.m. (Entiendo que ni la guía ni Girl Scouts of Western Washington es responsable de llevar a mi hija a casa.)

La firma de Padre o Guardián

Fecha de hoy

PERMISO PARA TODOS LOS VIAJES DE UN DIA DURANTE EL AÑO

A través del año, habrá juntas de tropa y viajes fuera del lugar normal de las juntas. Su firma dará permiso para todas las actividades locales de nuestra tropa incluyendo cualquier viaje de un día o menos. Usted será informado por escrito (en una carta o un correo electrónico) por lo menos una semana antes de cada viaje o actividad para que usted pueda avisarle a la guía si usted NO quiere que su hija participe en dicha actividad. Si el Guía no sabe de usted, él o ella asumirán, basado en su firma, que su hija tiene su permiso para participar. En caso de que la tropa tenga actividades que requieran más de un día para llevarse acabo se necesitará que usted firme hojas de permiso individuales.

Estoy de acuerdo con la declaración de permisos diurnos arriba mencionada.

La firma de Padre o Guardián

Fecha de hoy

CONSENTIMIENTO DE PADRE O GUARDIAN PARA TRATAMIENTO MEDICO

Soy el padre o el guardián que tiene la custodia legal de la niña nombrada arriba. Autorizo todo procedimiento o tratamiento médico, quirúrgico, diagnóstico, y hospitalario que sea realizado a mi niña por un médico o un hospital licenciados, cuándo no puedan contactarme y cuando sea urgente, o cuando el medico lo crea conveniente para salvaguardar la salud de mi niña. Doy el consentimiento a dicho tratamiento.

La firma de Padre o Guardián

Fecha de hoy

Favor de proveer la información pedida abajo y en el lado inverso.

Médico de niño: _____ Número de teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____

El nombre de padre con custodia o guardián legal: _____

Números de teléfonos de casa, trabajo o celular: _____

Nombre de otra persona (o personas) para contactar en caso de emergencia: _____

Nombre: _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de casa _____

Ciudad _____

Relación _____

DECLARACION MEDICA DE NIÑA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

ENFERMEDADES CRONICAS: MARQUE SI APLICAN

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> |
| Deterioro de vista | <input type="checkbox"/> | Fiebre neumática | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Alteración auditiva | <input type="checkbox"/> | Presión sanguínea anormal | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad en el habla | <input type="checkbox"/> | Desórdenes mentales o emocionales | <input type="checkbox"/> | Hernia | <input type="checkbox"/> |
| Desorden del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> | Infección de oído | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | Cólico menstrual severo | <input type="checkbox"/> | Desorden intestinal | <input type="checkbox"/> |

Otro- favor de especificar: _____

ENFERMEDADES DE NIÑEZ: MARQUE SI APLICAN

- Viruela Sarampión Paperas Rubéola

ALERGIAS & VACUNAS: MARQUE SI APLICAN

<u>Alergias</u>	<u>Tratamiento & Reacción</u>	<u>Vacunas</u>	<u>Año en que 1ª serie fue completada</u>	<u>Mas reciente dosis de refuerzo</u>
<input type="checkbox"/> Polinosis	_____	DPT	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	Diphtheria	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medicamentos	_____	Pertussis (Tos Ferina)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Picadas insectos	_____	Tétano	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hiedra venenosa	_____	Polio oral	_____	_____
<input type="checkbox"/> Roble venenoso	_____	Sarampión	_____	_____
<input type="checkbox"/> Comida	_____	Paperas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Animales	_____	Hepatitis B	_____	_____

COMENTARIOS (DONDE APLIQUE)

Operaciones, heridas graves, o conmociones cerebrales (fechas): _____

Hospitalizaciones: _____

¿Sujeto a fracturas, a torceduras, o a dislocaciones? _____

- Desmayos Trastornos/alteración de sueños Problemas de menstruación Estreñimiento

Otro: _____

Medicamento regular (en viajes de tropa el medicamento DEBE estar en un envase de farmacia con el nombre e instrucciones para administrarlo en la etiqueta): _____

Restricciones de dieta: _____

Este documento será guardado por el líder de tropa por un año y acompañará al adulto encargado a todas las juntas de tropa y otras actividades (por ejemplo: viajes, campamentos, etc).