girl scouts greater los angeles

HEALTH HISTORY & AUTOMOBILE INFORMATION

2014-2015

This form must be completed by parent(s) of each registering Girl Scout (please print).

Girl's Name: First | Middle | Last

Date of Birth | Group/Troop #

Mother/Guardian Name | Signature

Address | City | State | Zip Code

( ) Telephone | Cell Phone

Father/Guardian Name | Signature

Address | City | State | Zip Code

( ) Telephone | ( ) Cell Phone

Non-Parent Emergency Contact Name

( ) Telephone | Cell Phone

Girl Health History Information

Medical Insurance Carrier | Policy #

Is your daughter's immunization record up-to-date? ☐ Yes ☐ No Date of last tetanus shot: _____

Check all that apply: ☐ Motion Sickness ☐ Nosebleeds ☐ Sleep Disturbances ☐ Fainting ☐ Bed Wetting
☐ Contact Lenses ☐ ADD/ADHD ☐ Emotional Disturbances ☐ Other _____

Please list any allergies (penicillin, food, etc.): _____

Please list any additional medical/physical/emotional condition of which the leader should be aware (i.e. chronic condition, disabilities, behavioral problems, medications, etc.): _____

NOTE: All medication must be in original container, with girl's name, dosage and frequency clearly printed on the label.

Automobile Information

Any person being transported in a private vehicle shall have their own safety belt properly fastened around them. All vehicles shall be covered by no less than the minimum amount of vehicle liability insurance as required by the State of California. The driver must be an adult with a driver's license valid for the type of vehicle being driven.

☐ I have and will maintain current automobile insurance coverage as required by law and can provide proof upon request.

☐ I/we hereby give permission for our Girl Scout to ride in a vehicle driven by a licensed adult driver, or a minor licensed driver, in an emergency, in a vehicle that has at least minimum liability insurance as required by the state of California, for all Girl Scout activities.

Council Policies and Procedures

☐ The undersigned do hereby authorize the officers, leaders or agents of Girl Scouts of Greater Los Angeles, to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical treatment and hospital care to be rendered to said minor under the general or special supervision and upon the advice of a physician or surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act, or to consent to any x-ray examination, anesthetic, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care rendered to said minor by a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act. It is further understood that permission is hereby granted to the officers, leaders or agents of Girl Scouts of Greater Los Angeles to obtain and administer such medical aid or assistance as might, in their judgment, be required for the immediate care of your daughter. In the event of such help, Girl Scouts of Greater Los Angeles, its officers, leaders and agents will not be held liable for any first aid treatment or hospital care rendered drugs, medicine or surgical procedures performed pursuant to this consent. This consent supersedes all prior authorization.

☐ **If you do not consent to the care or treatment set forth herein, describe in detail what is or is not allowed/permitted and sign below:**

_____

_____

_____

Signature of Parent/Guardian | Date

girl scouts greater los angeles

HISTORIAL MEDICO & INFORMACION DE AUTOMOVIL

2014-2015

Esta forma debe de ser completada por los padres de cada niña que se inscribe (por favor escriba en letra de molde).

Nombre de niña: Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento # de Tropa/Grupo

Nombre de madre/tutor Firma

Dirección Ciudad Estado Código Postal

( )
Teléfono Teléfono de celular

Nombre de padre/tutor Firma

Dirección Ciudad Estado Código Postal

( )
Teléfono Teléfono de celular

Contacto de emergencia "que no sea Padre":

( )
Teléfono Teléfono de celular

Historial Medico de la Niña

Información de seguro medico, Compañia # de Poliza

¿El registro de vacunas de su hija esta al dia? ☐ Sí ☐ No Fecha de la ultima Vacuna contra el Tétanus: _____

Indique lo que aplica: ☐ Mareos ☐ Desangramiento de la nariz ☐ Disturbios del Sueño ☐ Desmayos ☐ Orinarse en la cama
☐ Lentes de Contacto ☐ ADD/ADHD ☐ Disturbios Emocionales ☐ Otro _____

Indique cualquier Alergia: (i.e. penicilina, comida, etc.): _____

Por favor indique cualquier otra condicion médica, fisica o emocional de la cual el adulto encargado necesite estar enterado (i.e.condicion cronica, discapacidades, problemas de comportamiento, medicamentos, etc.): _____

TOME NOTA: Todo medicamento debe de estar en su envase original, con el nombre completo de la niña, la dosis y la frequencia claramente escrita en la etiqueta.

Información De Automovil

Cualquier persona que sea transportada en un vehiculo privado debe de llevar puesto su cinturon de seguridad. Todos los vehiculos deberan de tener el minimo de cobertura de seguro que requiere el Estado de California. El chofer debe de ser un adulto con una licencia de conducir valida para el vehiculo que esta manejando.

☐ Tengo y mentendre seguro de automovil por la cantidad requerida por ley y puedo presentar comprobante cuando se me pida.

☐ Yo/nosotros, por medio de la presente, autorizamos a nuestra hija a viajar en un vehículo conducido por una persona adulta, o con un menor de edad, en caso de emergencia, con licencia de conducir, en un vehículo que tenga una póliza de seguro, por la cantidad mínima requerida por la ley del Estado de California, para toda las actividades de las "Girl Scouts".

Politicas Y Procedimientos Del Concilio

☐ Los abajo firmantes, autorizamos a los funcionarios, lideres o agentes de Girl Scouts of Greater Los Angeles para dar consentimiento a cualquier examen de rayos-X, anestesia, tratamiento medico o quirurgico, y cuidado hospitalario a la menor nombrada bajo la supervisión general o especializada y bajo el consejo de un medico o cirujano titulado bajo las provisones de l Acta de Practica Medica, o de dar consentimiento a cualquier examen de rayos-X, anestesia, tratamiento dental o diagnostico quirurgico, y cuidado hospitalario a la menor nombrada por un dentista titulado bajo las provisiones del Acta de Practica Dental. Ademas se comprende que el permiso otorgado a los funcionarios, lideres o agentes de Girl Scouts of Greater Los Angeles de obtener y adminstrar tal ayuda medica o asistencia, tal como en su juicio, puede ser requerido para el cuidado inmediato de su hija. En el evento de tal ayuda a, Girl Scouts of Greater Los Angeles, sus funcionarios, lideres y agentes no se les considerara responsables por cualquier tratamiento de primeros auxilios o cuidado hospitalario prestado,o drogas, medicina o procedimiento quirúrgico realizado de acuerdo a este consentimiento. Este consentimiento sustituye todo consentimiento anterior.

☐ **Si no autoriza cuidado o tratamiento como se a estipulado, describa en detalle que es lo que permite o no permite y firme abajo:**

_____

_____

_____

Firma de Padre/Tutor Fecha

Medico