



Girl Scouts of Southwest Texas
HEALTH HISTORY RECORD

Revised January 2011

To be completed by parents/guardians of girls or by adult members themselves.

- Keep the original for your group's permanent file.
One copy to parents/adult member.
One travel copy.

Name, Address, Parent/Guardian, Home Address, Business Address, In Emergency Notify (Name), Relationship, Name of family physician, Family medical/hospital insurance carrier, Name of Dentist/Orthodontist, If Military, Sponsor's I.D. Number

Part I: Illnesses and injuries: Chronic or Recurring Illness (check those that apply and give appropriate dates)
None Applicable, Musculoskeletal Disorders, Diabetes, Ear Infection, Asthma, Bleeding/Clotting Disorders, Seizures, Heart Defect/Disease, Hypertension, Other (specify)

Date of last health examination:
Were any complicating medical problems noted in last health examination?
Is participant currently under the care of a physician or psychologist?

Since last health exam, has participant had:

An illness lasting more than five days?
A serious injury requiring medical attention?
Any exposure to a contagious disease?
Any prescription or over-the-counter medication?
Treatment in a hospital or emergency room?
A surgical operation or fracture?
Any restrictions concerning physical activities?

Child's current weight:
(This is required information for most medications)

Girl Scouts of Southwest Texas representative(s) have my permission to administer the following to my child:

- Acetaminophen (nonaspirin)
Antacid
Anti-diarrheal
Antihistamine (Benadryl)
Calamine lotion
Antiseptic liquid or ointment
Hydrocortisone cream
Ibuprofen
Non-aerosol insect repellent
Sunscreen
Topical Antibiotic ointment
Other

Please explain any "yes" answers to the above questions. Include dates:

Part II: Allergies (Check those that apply and specify nature of reaction.)
Animals, Medicines/drugs, Food, Insect stings, Pollen, Hay fever, Other (specify)

Part III: Other health conditions: (Check those that apply)

None applicable, Bed wetting, Emotional disturbances, Constipation, Fainting, Menstrual cramps, Hearing impairment, Motion sickness, Sickle cell trait or disease, Nosebleeds, Special dietary regimen, Sleep disturbances, Wears glasses or contact lenses, Other (specify)

Part IV: Immunization History (Actual dates are required)

Table with columns: Immunization, Year Primary Series Completed, Year of Last Booster. Rows include D.T.P., Diphtheria, Pertussis (whooping cough), Tetanus, Td, Measles, Mumps, Rubella (German measles), Oral polio, Hbpv, Tuberculin test (most recent), and Other.

Please explain any items that are checked. Relate any information that may be useful to the Adult-in-Charge regarding any of these health conditions:

Any activities to be encouraged or restricted.

FOR CHILD: I know of no reason(s), other than the information indicated above, why my daughter should not participate in prescribed activities except as noted, and authorize GSSWT representatives to administer emergency medical treatment.

Signature of parent/guardian: Date

FOR ADULT: This health history is correct and I am able to engage in all prescribed activities except as noted.

Signature of adult: Date

ANNUAL UPDATE (child and adult): This Health History Form may be updated annually or as needed.

I have reviewed the above information and my signature indicates that all statements are true to the best of my knowledge

Signature of parent/guardian/self: Date



Girl Scouts of Southwest Texas
FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD

Reviso enero 2011

Para ser llenado por los padres o tutor de las niñas o por el miembro adulto.

- Guarde la original para poner en el archivo de su tropa.
- Una copia para los padres o miembro adulto.
- Una copia para las actividades que requiera viajar.

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Tropa #
Dirección			
Padre o tutor		Teléfono ()	
Dirección			
Dirección del trabajo		Teléfono ()	
En caso de emergencia avisar a:		Relación:	
Dirección:		Teléfono ()	
Nombre del médico de la familia:		Teléfono ()	
Seguro médico/de hospitalización asegurador:		Póliza o grupo #	
Nombre del Dentista/Ortodencia		Teléfono ()	

Si es Militar, numero de identificación del Patrocinador _____

Part I: Enfermedades y lesiones: Enfermedades crónicas o recurrentes (marcar lo que corresponda y dar las fechas adecuadas)

- No Aplicable Diabetes Infección de los oídos Hemorragias/trastornos de la coagulación
 Asma Convulsiones Hipertensión Defectos o enfermedades del corazón
 Trastornos musculoesqueléticos Otras (especificar) _____

Fecha del último examen médico: _____

¿Se detectó algún problema en el último examen médico? Si No

¿La persona que participa está actualmente siendo tratada por un médico o por un psicólogo? Si No

Desde el Último examen medico, el participante a tenido:

- ¿ha tenido una enfermedad de más de cinco días de duración? Si No
 ¿ha tenido una lesión grave que requiera atención médica? Si No
 ¿ha estado expuesta a enfermedades contagiosas? Si No
 ¿ha tomado medicinas con o sin receta? Si No
 ¿ha sido hospitalizada o tratada en emergencia? Si No
 ¿ha sido operada o ha tenido una fractura? Si No
 ¿tiene alguna restricción en cuanto a actividades físicas? Si No

El peso de la niña: _____
(Esta informacion se requiere para algunos medicamentos.)

Las representantes de las Girl Scouts of Southwest Texas **tienen mi permiso** de administrar lo siguiente a mi hija:

- Acetaminofen
 Antiacido
 Antidiarreico
 Antiestaminico (Benadryl)
 Locion Caladril
 Liquido Antiseptico
 Crema Hidrocortizona
 Ibuprofen
 Antibiotico en unguento
 Bloqueador Solar
 Noen Aerosol repelente de insectos
 Otro _____

Favor de explicar cualquier respuesta afirmativa. Dar fechas: _____

Part II: Alergias (marcar las que correspondan y especificar la naturaleza de la reacción alérgica)

- Animales _____ Medicinas/medicamentos _____
 Alimentos _____ Picaduras de insectos _____
 Polen _____ Fiebre del heno _____
 Otras (especificar) _____

Part III: Otros problemas de salud: (marcar los que correspondan)

- None aplicable Hemorragia nasal
 Orina durante el sueño Dolores relacionados con la menstruación
 Estreñimiento Problemas de audición
 Mareos Dieta especial
 Desmayos Usa anteojos o lentes de contacto
 Disturbios del sueño Disturbios emocionales
 Anemia de células falciformes o portador de células falciformes
 Otras (especificar) _____

Part IV: Registro de vacunas (Fechas actuales requiras)

Vacuna:	Año en que se complete la primera serie	Año del último refuerzo
D.T.P.	_____	_____
Difteria	_____	_____
Pertusis (tos convulsiva)	_____	_____
Tétanos	_____	_____
Td	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Parotiditis	_____	_____
Rubeola	_____	_____
Polio oral	_____	_____
Hbpv	_____	_____
Prueba de tuberculina (la más reciente)	_____	Resultado: _____
Otras:	_____	

Favor de explicar cualquier respuesta afirmativa y proporcionar cualquier información en relación con estos problemas de salud que pueda ser útil al adulto encargado. Indicar también las actividades que se deben fomentar o restringir.

PARA NIÑO: Yo no se deninguna razon o razones, mas que de la información indicada arriba, el porque mi hija no pueda participar en actividades prescrita excepto aquellas ya notada, y autorizo los representantes de GSSWT que administren cualquier tratamiento medicode emergencia.

Firma del Adulto: _____ Fecha: _____

PARA ADULTO: Esta forma de historia medica es correcta y puedo participar in toda las actividades prescritadas excepto las ya notada.
Firma del Adulto: _____ Fecha: _____

RENOVARSE ANUALMENTE (niña y adulto): Esta forma de su historia medica pueda renovarse anualmente o cuando haya cambios.

He revisado toda la información dada y mi firma indica que todo lo dicho es verdadero.

Firma propia o padre o tutor: _____ Fecha: _____