

**Por favor traiga este formulario a todas las actividades.**

*Padres y Líderes de Tropas: Por favor mantengan una copia para sus récords y/o para futuros programas.*

## Información de la Participante

Nombre de la Participante: \_\_\_\_\_  
 Número de Tropa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social # (opcional): \_\_\_\_\_  
 Dirección (Calle, # de Apto): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Doctor/Clínica de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ # de Póliza o Grupo: \_\_\_\_\_

## Información General de Salud

Marque todas las que correspondan al participante:  Infección de Oído  Trastornos de Sangrado/Coagulación  Hipertensión  
 Asma  Diabetes  Enfermedad/Defecto Cardíaco  Trastornos Musculo Esqueléticos  Convulsiones  
 Otra (especifique): \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de salud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Se encontró algún problema médico o complicación en el último examen de salud? *En caso afirmativo, por favor explique.*

## Información de Alergias

Marque todas las que correspondan al participante:  Animales  Medicina/Drogas  Fiebre del Heno  Picaduras de Insectos  
 Polen  Plantas  Alimentos  Otra (especifique): \_\_\_\_\_  
 Por favor explique alergias y/o reacciones: \_\_\_\_\_

## Otras Condiciones de Salud

Marque todas las que correspondan al participante:  Estreñimiento  Calambres Menstruales  Mareos  Hemorragias por la Nariz  
 Desmayo  Trastornos Emocionales  Deterioro de la Audición  Rasgo o Enfermedad Celular (célula falciforme)  Dieta Especial  
 Usa Lentes o Contactos  Otra (especifique): \_\_\_\_\_  
 Por favor explique cualquiera de las cosas que marcó en la lista de arriba para ayudar al adulto que esté a cargo de cualquier actividad, que deba apoyar o restringir. \_\_\_\_\_

## Historial de Inmunización (Se pueden adjuntar copias de los registros de inmunización.)

INMUNIZACIONES	FECHA DE LA PRIMERA ETAPA DE VACUNACIÓN COMPLETA	FECHA DEL ÚLTIMO REFUERZO DE VACUNAS
DTP, DTap, DT, Td (difteria, tétanos, tos ferina)		
Sarampión		
Paperas		
Rubéola		
IPV or OPV Poliomieltis (polio)		
Hib (herófilo influenza tipo B)		
Prueba de Tuberculina (la más reciente)		¿Resultado?
Otra:		

Nombre de la Participante: \_\_\_\_\_ Número de Tropa: \_\_\_\_\_

## Permiso para Participar en los Programas de Aventuras / Campamentos

Doy permiso para que mi hija participe en cualquiera de los siguientes programas de aventuras / campamentos ofrecidos por Girl Scouts of Middle Tennessee: escalar cuerdas altas, aventura en equipo, carrera de obstáculos, paseo en carreta (con o sin cocinar al aire libre), escalar con cuerdas, escalar, caminar con mochilas, montar canoa, escalar árboles, tiro con arco, kayak y vela. Entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud sobre estos programas (o los riesgos involucrados), puedo comunicarme con Girl Scouts of Middle Tennessee al (615) 383-0490 para obtener más información.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Permiso y Acuerdo para Participar en Programas Ecuestres (Caballos)

ADVERTENCIA: Bajo la Ley de Tennessee, un profesional equino no es responsable por una lesión o la muerte de un participante en actividades equinas que resulten de los riesgos inherentes de estas actividades, conforme con el Código Anotado de Tennessee, Título 44, Capítulo 20. Doy permiso para que mi hija participe en una actividad equina en Camp Sycamore Hills y acepto los riesgos asociados.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Permiso para Fotografiar

Doy mi consentimiento para que mi niña sea grabada en video, fotografiada o grabada en audio para uso de las Girl Scouts of Middle Tennessee. Además, estoy de acuerdo en que dichas fotografías, películas y grabaciones serán de su propiedad, y tendrán el derecho de duplicar, reproducir y hacer otros usos de tales fotografías, películas y grabaciones que deseen, libres de cualquier reclamo de mi parte.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Permiso para Asistir Médicamente

Por medio de la presente, doy permiso al personal médico seleccionado por el personal de Girl Scouts para brindar atención médica de rutina; administrar medicamentos; ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento, para proveer cualquier récord necesario para fines de seguro; y para proporcionar o organizar el transporte relacionado necesario para mí o para mi hija participante. En caso de que no puedan contactarme por una emergencia, por medio de la presente, autorizo al médico seleccionado por el personal del campamento para asegurar y administrar el tratamiento, incluyendo la hospitalización, para la niña participante nombrada en este formulario. También doy permiso para que el personal del programa certificado con primeros auxilios administre primeros auxilios para necesidades médicas menores (como raspaduras y rasguños, torceduras, picaduras y mordeduras, etc.). Las Girl Scouts y / o el hospital pueden fotocopiar este formulario después que usted lo haya completado.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Si hay alguna excepción, explique: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto de Emergencia (Por favor imprima claramente.)

Nombre del **Padre/Madre/Guardián #1**: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Nombre del **Padre/Madre/Guardián #2**: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia** (que no sean los padres) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_