
**Permiso de los Padres para Participar en Actividades de las Girl Scouts y
Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia para la Girl Scout Menor de Edad**

Nombre de la niña: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

Tropa #: _____ Nombre de Líder: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono donde el padre o la madre pueden ser notificados en caso de emergencia o retraso: (____) _____

Nombre de otro adulto que pueda ser notificado: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: (____) _____

Nombre del médico de la niña: _____

Teléfono: (____) _____

Nombre del seguro o plan médico y número de póliza:

Consideraciones médicas especiales con respecto a mi hija: _____

(Ejemplos: alergias a medicinas, alimentos, diabetes, etc.)

Yo, por la presente, autorizo a Girl Scouts Heart of Central California, a través de la persona adulta en la cual se ha confiado el cuidado de la mencionada Girl Scout, a permitir cualquier examen de rayos x, anestésicos, diagnóstico médico o de cirugía o tratamiento y cuidado hospitalario de emergencia para ella según la opinión y bajo la supervisión de un médico con licencia médica. Se entiende que se hará un esfuerzo razonable para ponerse en contacto conmigo o la persona mencionada arriba antes de tomar acción. Entiendo que este permiso se otorga en anticipación de la necesidad de cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

TODAS LAS GIRL SCOUTS INSCRITAS EN LOS ESTADOS UNIDOS ESTAN ASEGURADAS CON:

MUTUAL OF OMAHA INSURANCE CO., Dodge at 33rd Street, Omaha, Nebraska • División Girl Scouts, Cobertura Especial, Número de la Póliza de Grupo: SGS-2-8012 6-3632
#161-SP- rev. 10/08-LW:jw

**Permiso de los Padres para Participar en Actividades de las Girl Scouts y
Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia para la Girl Scout Menor de Edad**

Nombre de la niña: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

Tropa #: _____ Nombre de Líder: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono donde el padre o la madre pueden ser notificados en caso de emergencia o retraso: (____) _____

Nombre de otro adulto que pueda ser notificado: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: (____) _____

Nombre del médico de la niña: _____

Teléfono: (____) _____

Nombre del seguro o plan médico y número de póliza:

Consideraciones médicas especiales con respecto a mi hija: _____

(Ejemplos: alergias a medicinas, alimentos, diabetes, etc.)

Yo, por la presente, autorizo a Girl Scouts Heart of Central California, a través de la persona adulta en la cual se ha confiado el cuidado de la mencionada Girl Scout, a permitir cualquier examen de rayos x, anestésicos, diagnóstico médico o de cirugía o tratamiento y cuidado hospitalario de emergencia para ella según la opinión y bajo la supervisión de un médico con licencia médica. Se entiende que se hará un esfuerzo razonable para ponerse en contacto conmigo o la persona mencionada arriba antes de tomar acción. Entiendo que este permiso se otorga en anticipación de la necesidad de cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

TODAS LAS GIRL SCOUTS INSCRITAS EN LOS ESTADOS UNIDOS ESTAN ASEGURADAS CON:

MUTUAL OF OMAHA INSURANCE CO., Dodge at 33rd Street, Omaha, Nebraska • División Girl Scouts, Cobertura Especial, Número de la Póliza de Grupo: SGS-2-8012 6-3632
#161-SP- rev. 10/08-LW:jw

Actividad	Fecha	Lugar	Costo	Salida: Hora y Lugar	Regreso: Hora y Lugar	Qué Traer	Qué Ponerse
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Le doy permiso a mi hija de participar en la actividad de las Girl Scouts enumerada en la parte superior. Me aseguraré de que no vaya si no se siente bien. Pueden usar fotos de mi hija para promover a las Girl Scouts.

Firma del padre, madre o tutor:

1. _____	Fecha: _____	5. _____	Fecha: _____
2. _____	Fecha: _____	6. _____	Fecha: _____
3. _____	Fecha: _____	7. _____	Fecha: _____
4. _____	Fecha: _____	8. _____	Fecha: _____

#161 – SP- rev. 10/08 – LWjw

Actividad	Fecha	Lugar	Costo	Salida: Hora y Lugar	Regreso: Hora y Lugar	Qué Traer	Qué Ponerse
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Le doy permiso a mi hija de participar en la actividad de las Girl Scouts enumerada en la parte superior. Me aseguraré de que no vaya si no se siente bien. Pueden usar fotos de mi hija para promover a las Girl Scouts.

Firma del padre, madre o tutor:

1. _____	Fecha: _____	5. _____	Fecha: _____
2. _____	Fecha: _____	6. _____	Fecha: _____
3. _____	Fecha: _____	7. _____	Fecha: _____
4. _____	Fecha: _____	8. _____	Fecha: _____

#161 – SP – rev. 10/08 – LWjw