



Información médica de emergencia de la niña

6601 Elvas Avenue Sacramento, CA 95819 • t 916.452.9181 • f 916.452.9182

girlscoutshcc.org

Este formulario debe ser completado y firmado por los padres o tutores de la niña y actualizado anualmente.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de tropa _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono particular (____) _____
Seguro médico/hospital familiar _____ N.º de grupo o póliza _____

Padre/Tutor _____ **Padre/Tutor** _____
Teléfono para contacto diurno (____) _____ Teléfono para contacto diurno (____) _____
Teléfono para contacto nocturno (____) _____ Teléfono para contacto nocturno (____) _____

Contactos de emergencia (en caso de que no se pueda contactar a los padres)

Nombre _____ Nombre _____
Relación _____ Relación _____
Teléfono para contacto diurno (____) _____ Teléfono para contacto diurno (____) _____
Teléfono para contacto nocturno (____) _____ Teléfono para contacto nocturno (____) _____
Teléfono celular (____) _____ Teléfono celular (____) _____
Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

La niña **NO** podrá ser entregada a las siguientes personas:

Nombre _____ Nombre _____
Relación _____ Relación _____
Teléfono (____) _____ Teléfono (____) _____

¿La participante sufre de alergias o tiene necesidades especiales o una dieta especial que debemos tener en cuenta? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique en detalle: _____

(Por ejemplo, enumere las medicinas, plantas, animales, etc. a los que la participante sea alérgica o indique si tiene necesidades especiales como asma o diabetes).

Brinde cualquier información relacionada con el cuidado de la participante que pueda ser útil para la persona a cargo. También indique cualquier actividad que deba ser alentada o restringida. _____

La información anterior es correcta según mi leal saber y entender, y mi hija tiene mi permiso para participar en todas las actividades, salvo indicación en contrario. **Por la presente autorizo a Girl Scouts Heart of Central California, a través de la/s persona/s adulta/s que cuida/n de ella, a solicitar rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria de emergencia, según lo considere necesario un médico autorizado. Se entiende que se hará todo lo posible para contactarme a mí o contactar a la persona mencionada anteriormente antes de realizar estas acciones. Entiendo que este permiso se otorga antes de que surja la necesidad de diagnóstico, tratamiento u hospitalización.** Esta autorización será válida durante toda la membresía de la persona en Girl Scouts Heart of Central California.

Acepto informar al líder de la actividad o de la tropa sobre cualquier cambio con respecto a la información anterior. Por ejemplo, si una Girl Scout más adelante desarrolla una alergia o una enfermedad contagiosa o ya no se le permite participar en una actividad en particular, el padre o la persona debe informar al líder de la actividad o de la tropa, para garantizar la seguridad tanto de la persona como de aquellos que la rodean.

Fecha _____ Firma del padre o tutor _____
Actualizado _____ Firma del padre o tutor _____
Actualizado _____ Firma del padre o tutor _____

Todas las Girl Scouts registradas en los Estados Unidos están aseguradas por:
MUTUAL OF OMAHA INSURANCE COMPANY
División Girl Scout, Póliza grupal N.º SGS-2-8012 6-3632
Dodge at 33rd Street
Omaha, Nebraska 68175

Girl Scouts Heart of Central California
6601 Elvas Avenue
Sacramento, CA 95819
916.452.9181 ó 800. 322.4475