

Actividad					
Actividad				# de Tropa/Grupo	
Lugar				Costo	
Lugar De Salida	Hora	Fecha	Lugar De Regreso	Hora	Fecha
Historial de Salud					
Nombre del Médico				Teléfono	
Marque lo que corresponda:					
Alergias:			Enfermedad Crónica o Recurrente:		
<input type="checkbox"/> Animales_____			<input type="checkbox"/> Defecto del Corazón/Enfermedad_____		
<input type="checkbox"/> Comida_____			<input type="checkbox"/> Convulsiones_____		
<input type="checkbox"/> Maní _____			<input type="checkbox"/> Sangrado/Coagulación _____		
<input type="checkbox"/> Fiebre de heno _____			<input type="checkbox"/> Asma _____		
<input type="checkbox"/> Picadura de Insecto _____			<input type="checkbox"/> Diabetes _____		
<input type="checkbox"/> Medicamento/Drogas _____			<input type="checkbox"/> Otros (especificar)_____		
<input type="checkbox"/> Plantas _____			Tuvo alguna restricción con referencia a:		
<input type="checkbox"/> Polen _____			Actividades físicas? _____		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)_____			Por favor describa cualquier condición: _____		
Permiso de padre o guardián					
<p>Mi Girl Scout, _____, tiene mi permiso para participar en ésta actividad. Ella ésta en buena condición física y no ha tenido ninguna enfermedad grave u operación desde su última examinación médica. Tiene mi permiso de recibir primeros auxilios y tratamiento de un médico en caso de una emergencia. Está entendido que se hará todo lo posible para comunicarse con los padres o el tutor. También, estoy/estamos de acuerdo que el Concilio de Girl Scouts of Oregon and Southwest Washington estará libre de cualquier responsabilidad o daño, incluyendo reclamación por heridas que mi/nuestra hija adquiere durante la participación en esta actividad.</p>					
<p>Marque aquí si la niña NO puede: <input type="checkbox"/> Ser fotografiada o videograbada por el concilio para própositos publicitarios</p> <p><input type="checkbox"/> Participar en _____ (e.g., deporte activo.)</p>					
Acuerdo de los padres He leído y entiendo este formulario de autorización de los padres.					
Nombre del padre/tutor		Firma del padre/tutor			Fecha
Dirección		Ciudad/Estado/Código postal	Correo electrónico		
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro Teléfono		
Contacto en caso de emergencia					
Nombre		Teléfono(s)		Parentesco con la niña	
Padre/Guardián: Por favor retenga la información abajo. En caso de emergencia durante la actividad, los padres deben contactar:					
Nombre de un contacto en el hogar				Teléfono	
Lider del grupo/tropa				Teléfono	
Lider de la actividad				Teléfono	