

| 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 | |