



Historial de Salud de la Niña con Examen Físico

PADRES: Complete las instrucciones de acuerdo con la política de campamento para formas de la salud.

PARTE I: RECORD DE NIÑA

Nombre de la niña - Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento Inicial - MM/DD/YYYY		Edad
Domicilio		Ciudad/Estado/Código Postal		E-Mail de la Familia <i>(Para uso de GSNC solamente)</i>
Padre/Guardián Nombre	Teléfono De Día ()	Teléfono De Noche ()	Teléfono Celular ()	
Padre/Guardián Nombre	Teléfono De Día ()	Teléfono De Noche ()	Teléfono Celular ()	

PARTE II: EL CONTACTO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES/GUARDIANES NO PEUDEN SER LOCALIZADOS

Nombre	Teléfono De Día ()	Teléfono De Noche ()
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	Relación Con Niña

PARTE III: INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Nombre del MÉDICO de familia: _____ Teléfono: () _____

Dirección del MÉDICO de familia: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Clinica Familiar/Hospital COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ POLÍZA / GRUPO NÚMERO: _____

¿Tiene membresía en una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), como el Káiser, Salvavidas, etc..? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué número de ID usa su hijo? _____ ¿Cuál es el número de teléfono principal HMO para emergencias? () _____

PARTE IV: ALERGIAS/ENFERMEDADES/LESIONES

Reacción Alérgica: (Marque las que apliquen y especifique la naturaleza de la reacción alérgica) **Busque aquí si no tiene alergias conocidas**

<input type="checkbox"/> Animales _____	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno _____	<input type="checkbox"/> Medicamentos/Drogas _____
<input type="checkbox"/> Polen _____	<input type="checkbox"/> Comida _____	<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos _____
<input type="checkbox"/> Plantas/Roble Venenoso _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

Las Enfermedades Crónicas o Recurrentes: (Marque las que apliquen y de las fechas correspondientes)

<input type="checkbox"/> Asma _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Defectos del Corazón/Enfermedad _____
<input type="checkbox"/> Trastorno Musculoesquelético Sangrado _____	<input type="checkbox"/> Trastornos de la Coagulación _____	<input type="checkbox"/> Infección del Oído _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión _____	<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones _____	<input type="checkbox"/> Mononucleosis _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel/MRSA _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

Enfermedades Infantiles: (Marque las que apliquen y de las fechas correspondientes)

<input type="checkbox"/> Varicela _____	<input type="checkbox"/> Sarampión _____	<input type="checkbox"/> Sarampión Alemán _____
<input type="checkbox"/> Paperas _____	<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	

Otros Problemas de Salud: (Marque las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención (ADD)	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Sangrado de Nariz
<input type="checkbox"/> Usa lentes/contactos	<input type="checkbox"/> Enuresis Nocturna	<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales	<input type="checkbox"/> Dolores Menstruales
<input type="checkbox"/> Rasgo Falciforme/Enfermedad	<input type="checkbox"/> Régimen Dietético Especial	<input type="checkbox"/> Frenillos Dentales	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Trastornos del Sueño	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual	

Haga una lista de las condiciones de salud físicas, mentales o psicológicas que requieren tratamiento medico, las restricciones o consideraciones especiales: _____

Haga una lista de las restricciones dietéticas o consideraciones especiales: _____

Haga una lista de los tratamientos medicos anteriores, operaciones o lesiones graves, proporcione fechas: _____

PARTE V: LA MEDICACIÓN

Medicamentos Sobre-el-Mostrador se utilizan para tratar enfermedades de rutina por protocolos de tratamiento. (Acetaminofeno se utiliza en lugar de la aspirina) Enumere cualquier medicamento de venta libre que usted no quiere que su hija reciba: _____

¿Está su hija tomando algún medicamento? NO Sí
En caso afirmativo, la medicación lista, la dosis y los efectos secundarios posibles.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE DOSIS DE MEDICACIÓN

NOTA: No se puede administrar medicamentos que no estén en su envase original, etiquetado por la farmacia con el nombre del niño, la dirección, las dosis y la frecuencia. Favor de marcar con el nombre de la niña y la dosificación cualquier medicamento de venta libre – antihistamínicos, vitaminas, etc.

PARTE VI: LA HISTORIA DE VACUNACIÓN – REQUERIDA Estoy dando una lista de todas las vacunas médicas con el formulario de historia de salud o doy fe de que todas las vacunas estén al día de escuela..		
Vacunas	Fecha: Mes/Año	Fecha: Mes/Año
Difteria, tetanus y tos ferina- DTP, DTaP o cualquier combinación de DTP o DTaP con DT (tétanos y difteria)		
Tdap Booster		
La Polio Oral (Sabin)* TOPV		
Polio Inyectable (Salk)		
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)		
Hepatitis B		
Varicela		
Prueba de la tuberculina dado		
Otros:		

Enumere cualquier condición que limite la plena actividad y de qué manera: _____

Comentarios adicionales de los padres/tutores: _____

PARTE VII: CONSENTIMIENTO DEL PADRE

Esta historia médica es correcta hasta donde yo sé, y mi hija tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto según lo observado por mí y el medico. Mi hija está en buen estado de salud. Yo doy permiso a mi hija para recibir tratamiento de rutina necesidades de asistencia médica y/o primera, según se indica en los protocolos de tratamiento y para la administración de medicamenots prescritos. En el caso de que no se puede llegar en caso de emergencia, doy mi permiso para que hija _____ , para recibir tratamiento médico de emergencia y quirúrgico y de hospitalización, si es necesario. Entiendo se harán esfuerzos para contactarme o el contacto de emergencia se ha señalado, antes de tomar esta acción..

*Todos los medicamentos que se están tomando están listados en la parte delantera de este formulario.

Padre/Tutor:

Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER:

Las siguientes personas están autorizados para recoger a mi hija del campamento. Entiendo que a esta gente, incluyéndome a mí, se le pedirá que muestren una identificación al representante al momento de recoger la(s) niña(s).

Nombre	Relación	Número de Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Padre/Guardián:

Fecha: