

CONSENTIMIENTO PATERNAL Y REGISTRO DE HISTORIA DE SALUD

Esta historia de salud debe ser completada y firmada por el padre/guardian de la muchacha y guardada con archivos de tropa Las historias de salud pueden ser usadas por el adulto que viaja con muchachas, pero no es requerido para adultos.

Nombre de Niña	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección	Numero de Tropa	
Padre/Guardían		
Dirección de Casa		
Dirección de Trabajo		
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular	

En Caso de Emergencia: Nombre

Dirección	
Parentezco	Numero de Teléfono
Nombre de Médico de Familia	Numero de Teléfono
Hospital/Clinica de Familia	
Numero de Póliza	Numero de Grupo
Portador de Seguros	

Autorizaciones

Yo (Nosotros), el padre (s) custodial / guarda legal

la doy mi (nuestro) permiso para:

(Nombre de Girl Scout)

- Sí No 1. Mi/nuestra hija/menor en tutela para asistir a actividades programadas de su tropa/grupo.
- Sí No 2. El Concilio de Girl Scout para usar cualquier fotografía o grabación de video/de audio en cual mi hija/menor en tutela aparece puede objetivos promocionales.
- Sí No 3. Mi/nuestra hija/menor en tutela para recibir tratamiento médico por una líder, EMT, enfermera, doctor o hospital si es necesario. Es entendido que el adulto responsable o su representante intentará ponerse en contacto conmigo. Si usted marca "No" al # 3, por favor lea y complete el siguiente.
4. Yo/Nosotros tenemos objeciones religiosas a nuestra hija/menor en tutela que recibe ciertos tipos de tratamiento médico. Hemos atado instrucciones escritas específicas en lo que es y no es permitido. *

***Yo entiendo que si una emergencia ocurre y la policía local u otras autoridades similares toman la custodia de mi hija/menor en tutela, Girl Scouts de Pennsylvania del Este no pueden garantizar que mis instrucciones declaradas en las susodichas autorizaciones médicas o instrucciones atadas serán seguidas.**

Inmunizaciones

- Sí No Certifico que mi niña esta actualizado en todas las inmunizaciones requeridas para asistir la escuela en Pennsylvania. Si no inmunizado, por favor ate la explicación.

Firma

Fecha de último Inmunizacion de Tétanos:

Historia Médica

¿Tiene su hija un estado mental o físico diagnosticado / invalidez que requiere atención especial?

Sí No Si sí, por favor describa e indique atención especial necesarios:

Los voluntarios de Girl Scout y el personal no pueden ser entrenados para asegurar todas las atención especiales necesario; puede solicitarse que un miembro de familia paterna o adulto asista a algunos acontecimientos con una Girl Scout quién requiere el cuidado especial.

Alergias (*Comprueban aquellos que aplican y especifican la naturaleza de la reacción alérgica.*)

Animales

Medicamentos/Medicinas

Comidas

Plantas

Fiebre del heno

Picaduras de Insecto

Polen

Otro

Por favor indique cualquier información útil al adulto responsable. También, indique cualesquiera actividades para ser animadas o restringido.

Liberación de Medios para Menores

Por este medio consiento uso de cualquier fotografía, películas, cintas de audio o visuales para las cuales mi hija posó pueden ser usado por Girl Scouts de Pennsylvania del Este, su adjudican o sucesores, de cualquier modo que ellos pueden desear, incluso periódico, producciones audiovisuales, televisión, radio, y el Internet. Además, por este medio consiento las entrevistas, fotografías, películas, cintas de audio y visuales de las cuales ellos son hechos por su propiedad, y ellos tendrán el derecho de vender, duplicar, reproducir, y hacer otros usos de tales fotografías, películas, cintas de audio y visuales cuando ellos pueden desear libre y libre de cualquier reclamación en absoluto en mi parte.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

El Concilio da prioridad alta la seguridad de muchachas que asisten a actividades de Girl Scout. Las muchachas deben ser supervisadas por adultos durante todas las reuniones y acontecimientos. Por favor indique sus instrucciones debajo de la consideración de su hija que deja reuniones o actividades:

Mi/nuestra hija/menor en tutela tiene mi permiso para caminar a casa de reuniones/actividades de Girl Scout.

Yo o la persona (s) puesta en la lista abajo recogeremos a mi hija/menor en tutela de reuniones/actividades.

Nombre

Parentezco a niña

Teléfono

Nombre

Parentezco a niña

Teléfono

Nota: 1. Cualquier cambio en las susodichas instrucciones debe ser dado a la líder de tropa por escrito.

2. Si su hija no es recogida quince minutos después del tiempo especificado, la líder de tropa intentará ponerse en contacto con usted y/o su persona de contacto de emergencia puesta en una lista.

He leído y entiendo la recogida y procedimientos de emergencia. Verifico que toda la susodicha informaciones verdadero y correcto.

Firma de Padre/Guardian

Fecha