

Por favor, escriba de manera clara y legible.

Por favor de contactar a la directora o vía correo electrónico a ositocamp@girlscoutsla.org, si su hija tiene una condición medica o si es necesario hacer acomodaciones alimentarias. La mayoría de dietas y condiciones medicas pueden ser.

Todo el medicamento/s debe estar en su envase original y debe acompañar a su campista directamente al campamento o a la parada de autobús. Medicamentos deben ser colocados en una bolsa plástica grande con el nombre completo de la niña, la dosis y la frecuencia claramente escrita en la etiqueta.

Instrucciones para los padres/tutores:

Las normas de la Asociación de Campamento especifican que es necesario un examen físico dentro 12 meses del primer día de campamento.
NOMAS EL FORMULARIO DE EXAMEN MEDICO DE 2015 SERA ACCEPTADO. NINGUNAS SUBSTITUCIONES SERAN ACCEPTADAS.

¿Ya Iso...?

- ☐ Completa las páginas 1-7 del 2016 campamento Osito Rancho forma historia de salud, incluyendo las firmas de un padre o tutor y de un médico.
- ☐ **Copia todas las formas y envíe en correo electrónico:**
ositoranchohealthforms@girlscoutsla.org.
- ☐ **Presente todas las formas completadas por lo menos 2 semanas antes de la sesión de su campista de camp. No se aceptar cualquier forma de persona en el primer día de campamento.** Si usted no puede cumplir con los plazos mencionados tu chica no podrá asistir a esa sesión de campamento y usted tendrá que contactar con el Departamento de registro sobre el saldo de su cuenta.

- Si no puede enviar el formulario vía fax o correo electrónico, por favor de comunicarse con Osito Rancho Health Forms Hotline al 626-677-2282. No vamos a aceptar ningún formulario en persona el día de la salida del autobús.
- Información adicional sobre el campamento y la lista de empaques se puede encontrar en el Camp Osito Paquete de Información o en su confirmación vía correo electrónico. Para obtener más información, comuníquese con la directora del campamento ositocamp@girlscoutsla.org.

Girl Scouts of Greater Los Angeles
Historial de Salud de campista
Página 1
(padres o tutores completa)

Por favor de completar y entregar las paginas 1-7 del siguiente formulario Es su responsabilidad de comunicar toda la información médica de su campista en este formulario.

Nombre de la campista: _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Edad: _____ Grado: _____

Session: ☐ #1 July 12-16, ☐ #2 July 18-23, ☐ #3 July 26-30, ☐ #4 Aug 1-6, ☐ #5 Aug 9-13

Parada de Autobús (por favor marque una: ☐ Arcadia ☐ Long Beach ☐ Woodland Hills ☐ Manejado hacia/desde el campamento

Serías alergias o restricciones alimentarias:

- ☐ Vegetariano ☐ Productos sin lácteos ☐ Productos libre de gluten ☐ Alergia a los cacahuates
- ☐ Alergia a las picadura abejas
- ☐ Otras condiciones:
- ☐ Ninguna alergia o restricciones

Medicamentos que se van a comprobar y salir:

- ☐ Inhalador ☐ Medicamentos sin receta (Benadryl o Tylenol) ☐ Medicamentos con receta
- ☐ Ningunas medicacions

Numero total de medicamentos que se van a comprobar y salir: _____

For Office Use Only

*To be filled out by GSGLA only – Please leave blank

Notes to Camp Director:

Girl Scouts of Greater Los Angeles Historial de Salud- Página 3 (padres o tutores completa)	Nombre de la campista: _____ Primer Nombre Segundo Apellido Nombre de la sesión de campamento: _____
	 CAMP OSITO RANCHO

Registro de Medicamentos “Extrabursátiles”

(“Venta libre”)

Los siguientes medicamentos sin receta se encuentran comúnmente en nuestro centro de salud del campamento y se utilizan según sea necesario para tratar enfermedades y lesiones. Los medicamentos de venta libre son administrados en adición a cualquier medicamento que usted envíe con su hija.

Yo, _____, doy permiso que mi hija, _____, reciba la siguiente medicación “extrabursátil” según “sea necesario”. A menos que se indique lo contrario, la medicación se administrara según las indicaciones de etiqueta del paquete.

Firma

**A mi hija se le puede dar lo siguiente (marque SI o NO para todos los que apliquen):
Si entrega un formulario en blanco, NO se administrarán medicamentos.**

Medicamentos de “venta libre”	sí	no	Comentarios
Acetaminophen-Tylenol or generic (minor aches and pain)			
Alcohol-liquid or wipes			
Aleve			
Aloe Vera Gel/lotion (sunburn, chapped skin)			
Baking soda paste(bites and stings)			
Benadryl-cream/capsule/elixir(stings, bites, colds, allergies)			
Blistex (chapped lips)			
Burn Gel			
Cepacol/Halls/Generic-throat lozenges (sore throat)			
Campho-Phenique(cold/canker sores)			
Caladryl/Calamine lotions			
Dimetapp tablets/elixir(cold/allergies/cough) or non-drowsy			
Dramamine tablets-motions sickness			
Generic eye wash/ sterile saline/visine tears			
Hydrocortisone cream 1/2 or 1% -cortaid (itching)			
Hydrogen Peroxide-antiseptic			
Ibuprofen-advil/motrin/generic(minor aches, pains, cramps)			
Imodium Ad/Pepto-bismol/Kaopectate/generic (diarrhea)			
Insect repellent			
Midol (cramps)			
Milk of Magnesia, Liquid, chewable (constipation)			
Nighttime cold formula			
Polysporin/Neosporin/generic antibiotic ointment (scraps, cuts)			
Robitussin Elixir-liquid/gel caps (colds, coughs, allergies)			
2 nd skin/mole skin (blisters)			
Sore throat spray- generic (sore throats)			
Sting Kill (bites/stings)			
Sudafed-pill/chewable/elixir (colds, allergies)			
Sunscreen without Paba			
Tavist-D (allergies)			
Tums/mylanta (indigestion/gas)			
Vaseline (dry skin, problematic nose bleeds)			
Zinc Oxide Ointment (sun block)			

Gracias por su cooperación y ayuda. Apreciamos su tiempo para completar este registro, ya que le ayudará a hacer que la estancia de sus hijas en el campamento Rancho Osito sea una experiencia saludable y positiva.

Girl Scouts of Greater Los Angeles Historial de Salud- Página 4 (padres o tutores completa)	Nombre de la campista: _____		
	Primer Nombre	Segundo	Apellido
Nombre de la sesión de campamento: _____			
			 CAMP OSITO RANCHO

Autorización para tratar a la menor de edad

Yo / Nosotros, los abajo firmantes, soy / somos uno o ambos padres, si ambos padres tienen la custodia legal, o el padre o la persona que tenga la custodia legal o tutor, de _____, un menor de edad (el "Menor"), y por este medio autorizar a los líderes adultos y agentes de las Girl Scouts of Greater Los Angeles (colectivamente, las "Personas Autorizadas") a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria del menor, de acuerdo con la supervisión general o especial y con el asesoramiento de o hecho por un médico y cirujano con licencia bajo la Ley de Práctica médica de California, y para dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico dental o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria del menor, por un dentista licenciado bajo la Ley de Práctica Dental de California. Esta autorización se da conforme a las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California, según enmendada. Cada una de las personas autorizadas puedan ejercer las facultades otorgadas por este medio de forma individual y sin la acción del conocimiento, consentimiento o de cualquier otro conjunto de las personas autorizadas. Se entiende que el esfuerzo será hecho para contactar a los suscritos antes de rendir el tratamiento al menor, pero que cualquiera de los tratamientos anteriores no será retenido si el firmante no puede ser alcanzado. En ningún caso, las Girl Scouts of Greater Los Angeles, sus funcionarios, líderes o agentes serán responsables de cualquier tratamiento de primeros auxilios o atención hospitalaria rendida o drogas administradas, medicamentos o procedimientos quirúrgicos realizados de conformidad con este consentimiento. Este consentimiento sustituye cualquier autorización previa.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRANSPORTE DEL MENOR

Yo / Nosotros doy permiso para que nuestro Girl Scouts borde en un vehículo conducido por un conductor adulto autorizado, en un vehículo que tiene al menos un seguro de responsabilidad mínima requerida por el Estado de California, para todas las actividades fuera del sitio.

Este historial de salud y forma sobre el examen médico de los menores esta completa y exacto. Mi hija tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto según lo observado por mí y el médico examinador.

Padre / Tutor _____

Imprimir Nombre

Padre / Tutor _____

Firma

Fecha: _____

Girl Scouts of Greater Los Angeles Camper Health History- Page 5 (Physicians complete)	Camper Name: _____ First Name Middle Last
CAMP OSITO RANCHO	

Physician's Signed Report Form

Medical Personnel: Please complete the following sections of this form (pages 5-7). Attach additional information if needed.

Date of Most Recent Physical Examination:

☐ Today's Date: _____ ☐ Previous Date: _____

Medical Examination – Must be completed in detail.

Height: _____	Weight: _____	B. P.: _____/_____/_____	Hearing: R _____ L _____	
Eyes: With Glasses R 20/_____ L 20/_____	Without Glasses R 20/_____ L 20/_____			
Code: S = Satisfactory NS = Not Satisfactory NE = Not Examined				
_____ Nose	_____ Abdomen	_____ Urinalysis*	Other: _____	
_____ Throat	_____ Hernia	_____ HGB*	_____	
_____ Teeth	_____ Genitalia	_____ Appearance/Nutrition	_____	
_____ Heart	_____ Skin	_____ General Physical State	_____	
_____ Lungs	_____ Musculoskeletal	_____ General Emotional State	_____	

*Girls should have this test if she had not had it since entering puberty.

General Health History. Check all that apply and explain in detail checked answers:

☐ Arthritis	☐ Had surgery or hospitalized in the last 5 years	☐ Seizures
☐ Asthma	☐ Sinusitis (Sinus Infections)	☐ Bed Wetting
☐ Diabetes	☐ Musculoskeletal Disorders	☐ Sleep Disturbances
☐ Ear Infections	☐ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD)	☐ Diarrhea/Constipation
☐ Has begun menstruation	☐ Emotional – Separation Anxiety	☐ Tuberculosis
☐ Has problems with period/menstruation	☐ Bleeding Disorder	☐ Kidney Disease
☐ Heart Defects/Disease	☐ Convulsions/Epilepsy/Seizures	☐ Fainting or Dizziness
☐ Hypertension	☐ Headaches/Migraines	☐ Back/Joint Problems
☐ Kidney/Bladder Illness	☐ Eating Disorders (Anorexia, Bulimia, etc.)	☐ Chicken Pox Date: _____
☐ Nosebleeds	☐ Mental/Psychological Disorder	☐ Rheumatic Fever
☐ Skin Problems	☐ Had a recent injury	☐ Has a Recurrent/Chronic Illness
☐ Traveled outside the U.S. in the last 9 mo.	☐ Had Mononucleosis(Mono) during the past 12 months	☐ Had a recent infectious disease
☐ Physical Restrictions	☐ Wear Glasses/Contacts	☐ Other: _____
☐ Currently under doctor's care for physical, mental, or emotional disorder		

Please explain in detail all checked answers marked above(use additional paper if necessary and attach):

Please explain in detail all checked answers marked above(use additional paper if necessary and attach):		
Has camper had a significant life event that continues to affect her today?	Yes	No
Does camper carry an inhaler?	Yes	No
Does camper suffer from Anaphylaxis?	Yes	No
Does camper carry an Epipen?	Yes	No
Does camper sleepwalk?	Yes	No
Has camper ever had any adverse reactions to general anesthetics?	Yes	No
If you answered yes to any of the above, please explain (use additional paper if necessary and attach):		

Girl Scouts of Greater Los Angeles Camper Health History- Page 6 (Physicians complete)	Camper Name: _____ First Name Middle Last
 CAMP OSITO RANCHO	

Record of Immunization – Must be completed in detail.

	Date Series was Completed	Year of Last Booster
Hepatitis B		
Hepatitis A		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP/TdaP)		
Tetanus booster (DT/TdaP)		
Haemophilus influenza type B (HIB)		
Polio (IPV/OPV)		
Pneumococcal (PCV)		
Mumps, measles, rubella (MMR)		
Varicella (chicken pox)		
Meningococcal Meningitis (MCV4)		
Other:		
Tuberculosis (TB) test: date: _____ [] negative [] positive		

If your camper has not been fully immunized, please sign the following statement:

I understand and accept the risks to my child from not being fully immunized.

Signature of custodial parent/guardian: _____ date: _____ relationship to camper _____

Personal and religious beliefs that dictate against immunizations: **Yes** **No** **If yes, please explain:** _____

Medications:

☐ This camper will not take any daily medications while attending camp.

☐ This camper will take the following daily medication(s) while at camp. Please list below:

☐ This camper will take the following daily vitamins while at camp. Please list below:

"Medications" is any substance a person takes to maintain and/or improve their health. This includes vitamins and natural remedies. All medications including vitamins must be in its original container with a label and directions on dosage.

List any medications/vitamins she will be taking (or has taken in the recent past) including dispensing dosage schedule and specific instructions for use.

Medications/Vitamins:	Purpose:	When Given:	Dosage & Specific Instructions for Administering Medications/Vitamins
1.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other	
2.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other	
3.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other	

Treatment/Therapy

☐ This camper is not presently under going any treatment ☐ This camper is undergoing treatment/ therapy at this time for the following conditions ☐ Treatment/therapy will be continued while at camp (please describe below):

Camper Name: _____
First Name Middle Last



CAMP OSITO RANCHO

Diet/Nutrition:

Diet, Nutrition:

- ☐ This camper eats a regular diet.
- ☐ This camper has diet restrictions:
- ☐ Vegetarian
 - ☐ Gluten free
 - ☐ Other (explain):

Allergies:

This camper is allergic to:

- ☐ No known allergies
- ☐ Food (peanuts, shellfish etc)
- ☐ Medicine
- ☐ Environmental (insects stings, hay fever etc)
- ☐ Other

Please list all allergies, the type of reaction and its severity, treatment and date of last reaction. Include allergies to medications, food, bees, animals, plants, etc.

Limitations/Restrictions at Camp:

Please provide additional information about the camper's health that you think important or that may affect the camper's ability to fully participate in the camp program. Our High Adventure Program consists of horseback riding, high ropes course, zip line, swimming, canoeing, backpacking, hiking archery.

Does the camper have any limitations or restrictions to any of the activities offered while at camp? Yes No

If you answered 'Yes' to the question above, what do you recommend? (describe below – attach additional information if needed)

Any additional comments/concerns about the health or wellbeing of this camper:

***Physician's Information:**

I have reviewed the Camper Health History Form and have discussed the camp program with the camper's parents/guardians. It is my opinion that the camper is physically and emotionally fit to participate in an active camp program (except as noted above).

Licensed Physician Name: (Last, First, Middle Initial)	Phone Number:		
Address:	City:	St:	Zip:

Signature of Licensed Physician: _____ **State License Number:** _____ **Date:** _____