

Por favor, escriba de manera clara y legible.

Girl Scouts of Greater Los Angeles Historial de Salud de campista Página 1 (padres o tutores completa)	Nombre de la campista: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Primer Nombre Segundo Apellido </div> Nombre de la sesión de campamento: _____ Parada de Autobús (por favor marque una: <input type="checkbox"/> Arcadia <input type="checkbox"/> Long Beach <input type="checkbox"/> Woodland Hills <input type="checkbox"/> Manejado hacia/desde el campamento Fecha del campamento: _____ Edad: _____ Grado: _____
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.	Los padres/tutores: <ul style="list-style-type: none"> Por favor lea y llene todas las páginas del documento siguiente. Es su responsabilidad de comunicar toda la información médica de su campista en este formulario. Información adicional sobre el campamento y la lista de empacar se puede encontrar en el Camp Osito Paquete de Información El Formulario Historial de Salud incluyendo el informe firmado del médico debe ser recibido o con matasellos 2 semanas antes del primer día de la sesión de campamento de su niña. Por favor <u>envíe el formulario completado por correo electrónico</u> a ositoranchohealthforms@girlscoutsla.org a por correo a c/o Osito Rancho Health Forms, 4040 N. Bellflower Blvd., Long Beach, Ca 90808. Si su niña está registrada para una sesión de campamento <u>dentro de 2 semanas</u> de la fecha de inicio del campamento, su forma historial de salud debe completarse y ser <u>enviada por correo electrónico</u> a ositoranchohealthforms@girlscoutsla.org, antes de las 5 p.m., el martes antes de que comience la sesión de campamento de la niña. No vamos a aceptar ningún formulario en persona el día de la salida del autobús. Si las formas de historia de salud no son recibidas por los plazos mencionados su niña no podrá asistir al campamento y deberá ponerse en contacto con el departamento de registro para obtener más información sobre el saldo de su cuenta. Para obtener más información sobre el Historial de Salud, comuníquese con Osito Rancho Hot Line al: 626-677-2282 o a ositoranchohealthforms@girlscoutsla.org.

Información de campista:

Nombre de niña: (Apellido, Primero, Segundo)	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Padre/Tutor con Custodia Legal en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: (Apellido, Primero)	Relación:	Correo Electrónico:
Teléfono: () ()	Dirección:	

Segundo Padre/Tutor o Información de Contacto de Emergencia:


Nombre: (Apellido, Primero)	Relación:	Correo Electrónico:
Teléfono: () ()	Dirección:	

Contacto adicional en el evento que los padres / tutores no puedan ser comunicados:

Nombre: (Apellido, Primero)	Relación:	Correo Electrónico:
Teléfono: () ()	Dirección:	

Información de Aseguranza Medica (Aseguranza de la familia es la aseguranza primaria en caso de accidente o enfermedad, el seguro de Girl Scouts es secundario)

Nombre del asegurado:	Numero de póliza:
Nombre de la compañía de seguro:	Numero de grupo:
Dirección de la compañía de aseguranza:	Teléfono de la compañía de aseguranza:
Nombre del médico primario de la campista:	Teléfono:
Nombre del dentista(s):	Teléfono:
Nombre del Ortodoncista(s):	Teléfono:

Girl Scouts of Greater Los Angeles Historial de Salud- Página 2 (padres o tutores completa)	Nombre de la campista: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Primer Nombre Segundo Apellido </div> Nombre de la sesion 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 3 (padres o tutores completa)	Nombre de la campista: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Primer Nombre Segundo Apellido </div> Nombre de la sesion de campamento: _____ <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  CAMP OSITO RANCHO </div>
---	---

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: _____

Camper Name: _____
First Name Middle Last

Date of Camp Session: _____



CAMP OSITO RANCHO

Physician's Signed Report Form

Medical Personnel: Please complete the following sections of this form (pages 4-6). Attach additional information if needed.

Physical exam done today: Yes No If "No" date of last physical: _____
(ACA accreditation standards specify physical exam must be within last 12 months of the first day of camp.)

Medical Examination – Must be completed in detail.

Height: _____	Weight: _____	B. P.: _____/_____/_____	Hearing: R _____ L _____
Eyes: With Glasses R 20/_____ Code: S = Satisfactory NS = Not Satisfactory NE = Not Examined	L 20/_____	Without Glasses R 20/_____ L 20/_____	
_____ 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:

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

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

If you answered yes to any of the above, please explain (use additional paper if necessary and attach):

Have the child ever had any adverse reactions to general anesthetics? Yes No
If so, please explain: _____

Girl Scouts of Greater Los Angeles Camper Health History - page 5 (Physician complete) – <b style="color: red;">El doctor completa esta sección	Camper Name: _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"> First Name Middle Last </div> Date of Camp Session: _____
--	---

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: _____	<input type="checkbox"/> negative	<input type="checkbox"/> positive

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

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 _____

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 is currently 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.		<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other	
2.		<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other	
3.		<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other	

Diet/Nutrition

Diet, Nutrition: <input type="checkbox"/> This camper eats a regular diet. <input type="checkbox"/> This camper has diet restrictions: <input type="checkbox"/> Vegetarian <input type="checkbox"/> Gluten free <input type="checkbox"/> Other explain _____

Girl Scouts of Greater Los Angeles Camper Health History- Page 6 (Physician complete) – El doctor completa esta sección	Camper Name: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> First Name Middle Last </div> Date of Camp Session: _____
	 CAMP OSITO RANCHO

Allergies:

<p>This camper is allergic to:</p> <input type="checkbox"/> No known allergies <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Medicine <input type="checkbox"/> The environment (insects stings, hay fever etc) <input type="checkbox"/> 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.

Treatment/Therapy

<input type="checkbox"/> This camper is not presently under going any treatment <input type="checkbox"/> This camper is undergoing treatment/ therapy at this time for the following conditions <input type="checkbox"/> Treatment/therapy will be continued while at camp (please describe below):	
---	--

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:** _____