

Formulario de Permiso Anual para Padres y Tutores para Actividades de Girl Scouts en el Área de Girl Scouts del Este de Iowa y Oeste de Illinois

Su Girl Scout tendrá diversas oportunidades de participar en actividades Girl Scout con la Tropa a lo largo del año. En cada caso, los detalles específicos de la actividad, los gastos asociados y los detalles del transporte le serán comunicados a través de las Líderes de Tropa.

La firma de este formulario de permiso y los arreglos para que su hija asista a la actividad constituirán el permiso escrito necesario para todas las actividades que tengan lugar dentro del área de Girl Scouts of Eastern Iowa and Western Illinois (GSEIWI). Este formulario no cubre temas sensibles, actividades de alto riesgo (como escalada en roca, esquí, etc.) y otras actividades que tienen lugar fuera del área del concilio. Para estas actividades se requiere un formulario de autorización aparte. La participación en ventas de productos requiere un formulario aparte específico para cada venta.

Mi Girl Scout _____ tiene mi permiso para participar en todas las Actividades de Girl Scouts dentro de la jurisdicción de GSEIWI con las líderes adultas registradas de la Tropa _____ desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha). Ella goza de buena salud física y no ha tenido ninguna enfermedad u operación grave desde su último examen de salud. Ha recibido todas las inmunizaciones y vacunas necesarias. Entiendo que, si se encuentra a mi Girl Scout consumiendo drogas o alcohol, o se comporta de manera peligrosa para ella misma o para otras participantes, se me llamará para que venga a buscarla inmediatamente.

Por lo general, se me puede localizar en los siguientes números de contacto:

Inicio # (____) _____ - _____ Móvil # (____) _____ Número de trabajo # (____) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si no me pueden localizar en caso de emergencia, la(s) siguiente(s) persona(s) está(n) autorizada(s) a actuar en mi nombre y mi Girl Scout puede ser entregada a su cuidado:

Nombre _____ Relación _____

Inicio# (____) _____ - _____ Móvil# (____) _____ - _____ Trabajo# (____) _____ - _____

Nombre _____ Relación _____

Inicio# (____) _____ - _____ Móvil# (____) _____ - _____ Trabajo# (____) _____ - _____

Nombre del médico _____ Teléfono# _____

Dirección del médico _____

Seguro médico/hospitalario familiar _____ Póliza# _____

Doy mi permiso para que el adulto encargado de la actividad lleve a mi hija a un centro médico, si fuera necesario. En caso de emergencia, si no se puede contactar con ninguna de las personas mencionadas anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hija reciba tratamiento bajo la supervisión de un médico autorizado conforme a la Ley de Práctica Médica y según lo considere necesario. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para fines de tratamiento, facturación o seguro. No permitiré que mi Girl Scout asista si ha estado expuesta a alguna enfermedad contagiosa o si, por cualquier motivo, considero que no se encuentra en buen estado físico.

Firma del padre/madre/tutor _____

Nombre impreso _____ Fecha _____

Información sobre la salud de la tropa durante todo el año

Girl Scouts of Eastern Iowa and Western Illinois y sus voluntarios hacen todo lo posible para proporcionar un ambiente seguro durante las reuniones de grupo. Una típica reunión y/o programa de Girl Scouts puede incluir canciones, juegos activos, refrigerios, dramatizaciones, artesanías y discusiones animadas. Este formulario no cubre temas delicados, actividades de alto riesgo (como acampar, escalar rocas, esquiar, etc.) y otras actividades que tienen lugar fuera del área del concilio. Para estas actividades se requiere un formulario de autorización aparte. La participación en ventas de productos requiere un formulario aparte específico para cada venta. Los viajes largos u otras actividades físicamente exigentes pueden requerir un historial médico adicional e información de contacto.

Le animamos, como padre/tutor, a compartir información con el/los líderes/es que pueda afectar a la salud o seguridad de su hijo mientras esté a nuestro cuidado. La cumplimentación de este formulario es opcional. Toda la información indicada es confidencial y sólo debe compartirse con la(s) persona(s) que tenga(n) necesidad de conocerla para proteger la salud y la seguridad de todos los participantes. Los formularios cumplimentados se destruirán al final de cada año de afiliación, el 30 de septiembre.

Nombre de la niña _____ Fecha _____

Altura de la niña _____ Peso de la niña _____ Fecha de nacimiento de la niña _____

NECESIDADES ESPECIALES E INFORMACIÓN DE SALUD-Incluya cualquier información o necesidad especial que ayude a los adultos a cargo a atender mejor a su Girl Scout, incluyendo medicamentos necesarios y diagnóstico si corresponde (toda la información se mantendrá confidencial entre los adultos a cargo).

Alergias (animales, alimentos, insectos, medicamentos, etc.) y cómo responder a una reacción _____

Necesidades dietéticas _____

Medicamentos _____

Limitaciones físicas _____

Otras preocupaciones _____

Autorizo a mi hija a tomar los medicamentos sin receta que se indican a continuación siguiendo las instrucciones del fabricante y en la dosis adecuada a su peso y/o edad.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paracetamol (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Descongestionante (Sudafed) |
| <input type="checkbox"/> Antiácido (Tums) | <input type="checkbox"/> Expectorante (pastillas para la tos/supresor) |
| <input type="checkbox"/> Antidiarreicos (Pepto-Bismol) | <input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl) |
| <input type="checkbox"/> Antihistamínico (Claritin) | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Motrin) |

Firma del padre/madre/tutor _____

Nombre impreso _____ Fecha _____