



Girl Scouts of Southwest Texas  
**HEALTH HISTORY RECORD**  
*Revised January 2006*  
 To be completed by parents/guardians of girls or by adult members themselves.

- Keep the original for your troop's permanent file.
- One copy to parents/adult member.
- One travel copy for activities away from troop meeting place.

Name		Age	Date of Birth	Troop No.
Address				
Parent/Guardian			Phone ( )	
Home Address				
Business Address			Phone ( )	
In Emergency Notify (Name)			Relationship	
Address			Phone ( )	
Name of family physician:			Phone ( )	
Family medical/hospital insurance carrier:			Policy/Group/ID No.	
Name of Dentist/Orthodontist			Phone ( )	
If Military, Sponsor's I.D. Number				

**Part I: Illnesses and injuries:** Chronic or Recurring Illness (check those that apply and give appropriate dates)

<input type="checkbox"/> None Applicable	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal Disorders	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ear Infection
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bleeding/Clotting Disorders	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Heart Defect/Disease
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____		

Date of last health examination: \_\_\_\_\_

Were any complicating medical problems noted in last health examination?  Yes  No

Is participant currently under the care of a physician or psychologist?  Yes  No

**Since last health exam, has participant had:**

An illness lasting more than five days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
A serious injury requiring medical attention?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any exposure to a contagious disease?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any prescription or over-the-counter medication?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Treatment in a hospital or emergency room?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
A surgical operation or fracture?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any restrictions concerning physical activities?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Please explain any "yes" answers to the above questions. Include dates: ) \_\_\_\_\_

Girl Scouts of Southwest Texas representative(s) **have my permission** to administer the following to my child::

- Acetaminophen (nonaspirin)
- Antacid
- Anti-diarrheal
- Antihistamine (Benadryl)
- Calamine lotion
- Antiseptic liquid or ointment
- Hydrocortisone cream
- Ibuprofen
- Non-aerosol insect repellent
- Sunscreen
- Topical Antibiotic ointment
- Other \_\_\_\_\_

**Part II: Allergies** (Check those that apply and specify nature of reaction.)

<input type="checkbox"/> Animals _____	<input type="checkbox"/> Medicines/drugs _____
<input type="checkbox"/> Food _____	<input type="checkbox"/> Insect stings _____
<input type="checkbox"/> Pollen _____	<input type="checkbox"/> Hay fever _____
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____	

**Part III: Other health conditions:** (Check those that apply)

<input type="checkbox"/> None applicable	<input type="checkbox"/> Emotional disturbances
<input type="checkbox"/> Bed wetting	<input type="checkbox"/> Fainting
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Hearing impairment
<input type="checkbox"/> Menstrual cramps	<input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease
<input type="checkbox"/> Motion sickness	<input type="checkbox"/> Special dietary regimen
<input type="checkbox"/> Nosebleeds	<input type="checkbox"/> Wears glasses or contact lenses
<input type="checkbox"/> Sleep disturbances	
<input type="checkbox"/> Other (specify) _____	

**Part IV: Immunization History (Actual dates are required)**

Immunization:	Year Primary Series Completed	Year of Last Booster
D.T.P.	_____	_____
Diphtheria	_____	_____
Pertussis (whooping cough)	_____	_____
Tetanus	_____	_____
Td	_____	_____
Measles	_____	_____
Mumps	_____	_____
Rubella (German measles)	_____	_____
Oral polio	_____	_____
Hbpv	_____	_____
Tuberculin test (most recent):	_____	Result: _____
Other: _____		

Please explain any items that are checked. Relate any information that may be useful to the Adult-in-Charge regarding any of these health conditions:

\_\_\_\_\_

Any activities to be encouraged or restricted. \_\_\_\_\_

**FOR CHILD:** I know of no reason(s), other than the information indicated above, why my daughter should not participate in prescribed activities except as noted, and authorize GSSWT representatives to administer emergency medical treatment.

Signature of parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**FOR ADULT:** This health history is correct and I am able to engage in all prescribed activities except as noted.

Signature of adult: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**ANNUAL UPDATE (child and adult):** This Health History Form may be updated annually or as needed.  
 I have reviewed the above information and my signature indicates that all statements are true to the best of my knowledge

Signature of parent/guardian/self: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Girl Scouts of Southwest Texas  
**FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD**  
*Reviso enero 2006*  
 Para ser llenado por los padres o tutor de las niñas o por el miembro adulto.

- Guarde la original para poner en el archivo de su tropa.
- Una copia para los padres o miembro adulto.
- Una copia para las actividades que requiera viajar.

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Tropa #
Dirección			
Padre o tutor		Teléfono ( )	
Dirección			
Dirección del trabajo		Teléfono ( )	
En caso de emergencia avisar a:		Relación:	
Dirección:		Teléfono ( )	
Nombre del médico de la familia:		Teléfono ( )	
Seguro médico/de hospitalización asegurador:		Póliza o grupo #	
Nombre del Dentista/Ortodencia		Teléfono ( )	

Si es Militar, numero de identificacion del Patrocinador \_\_\_\_\_

**Part I: Enfermedades y lesiones:** Enfermedades crónicas o recurrentes(marcar lo que corresponda y dar las fechas adecuadas)  
 No Aplicable     Diabetes     Infección de los oídos     Hemorragias/trastornos de la coagulación  
 Asma     Convulsiones     Hipertensión     Defectos o enfermedades del corazón  
 Trastornos musculoesqueléticos     Otras (especificar) \_\_\_\_\_

Las representantes de las Girl Scouts of Southwest Texas **tienen mi permiso** de administrar lo siguiente a mi hija:

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_  
 ¿Se detectó algún problema en el último examen médico?     Si     No  
 ¿La persona que participa está actualmente siendo tratada por un médico o por un psicólogo?     Si     No

- Acetaminofen
- Antiacido
- Antidiarreico
- Antiestaminico (Benadryl)
- Locion Caladril
- Liquido Antiseptico
- Crema Hidrocortizona
- Ibuprofen
- Antibiotico en ungüento
- Bloqueador Solar
- Noen Aerosol repelente de insectos
- Otro \_\_\_\_\_

**Desde el Último examen medico, el participante a tenido:**  
 ¿ha tenido una enfermedad de más de cinco días de duración?     Si     No    **El peso de la niña:** \_\_\_\_\_  
 ¿ha tenido una lesión grave que requiera atención médica?     Si     No    (Esta informacion se requiere para algunos medicamentos.)  
 ¿ha estado expuesta a enfermedades contagiosas?     Si     No  
 ¿ha tomado medicinas con o sin receta?     Si     No  
 ¿ha sido hospitalizada o tratada en emergencia?     Si     No  
 ¿ha sido operada o ha tenido una fractura?     Si     No  
 ¿tiene alguna restricción en cuanto a actividades físicas?     Si     No

Favor de explicar cualquier respuesta afirmativa. Dar fechas: \_\_\_\_\_

**Part II: Alergias** (marcar las que correspondan y especificar la naturaleza de la reacción alérgica)  
 Animales \_\_\_\_\_     Medicinas/medicamentos \_\_\_\_\_  
 Alimentos \_\_\_\_\_     Picaduras de insectos \_\_\_\_\_  
 Polen \_\_\_\_\_     Fiebre del heno \_\_\_\_\_  
 Otras (especificar) \_\_\_\_\_

**Part IV: Registro de vacunas (Fechas actuales requiras)**

Vacuna:	Año en que se complete la primera serie	Año del último refuerzo
D.T.P.	_____	_____
Difteria	_____	_____
Pertusis (tos convulsiva)	_____	_____
Tétanos	_____	_____
Td	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Parotiditis	_____	_____
Rubeola	_____	_____
Polio oral	_____	_____
Hbpv	_____	_____
Prueba de tuberculina (la más reciente)	_____	Resultado: _____
Otras:	_____	

**Part III: Otras problemas de salud:** (marcar los que correspondan)  
 None aplicable     Hemorragia nasal  
 Orína durante el sueño     Dolores relacionados con la menstruación  
 Estreñimiento     Problemas de audición  
 Mareos     Dieta especial  
 Desmayos     Usa anteojos o lentes de contacto  
 Disturbios del sueño     Disturbios emocionales  
 Anemia de células falciformes o portador de células falciformes  
 Otras (especificar) \_\_\_\_\_

Favor de explicar cualquier respuesta afirmativa y proporcionar cualquier información en relación con estos problemas de salud que pueda ser útil al adulto encargado. Indicar también las actividades que se deben fomentar o restringir.

**PARA NIÑO:** Yo no se deninguna razon o razones, mas que de la información indicada arriba, el porque mi hija no pueda participar en actividades prescribida excepto aquellas ya notada, y autorizo los representantes de GSSWT que administren cualquier tratamiento medicode emergencia.

Firma del Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA ADULTO:** Esta forma de historia medica es corecta y puedo participar in toda las actividades prescribadas excepto las ya notada.  
 Firma del Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RENOVARSE ANUALMENTE (niña y adulto):** Esta forma de su historia medica pueda renovarse anualmente o cuando haya cambios.  
 He revisado toda la información dada y mi firma indica que todo lo dicho es verdadero.

Firma propia o padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_