

**Girl Scouts of West Central Florida
Historial Clínico y Examen Médico**

Para Niñas y Adultos Participando en una Actividad de la Tropa/Grupo

Este Historial Clínico y Examen Médico debe llevarse en todo momento por la tropa. (Tal como se requiere en el capítulo 4 de la versión en Inglés del Manual Esencial del Voluntario "Volunteer Essentials" y en los Requisitos de Seguridad para cada una de las Actividades).

Por favor use letra de molde

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Tropa#: _____

Nombre de Padre/Encargado (o esposo(a)): _____

Dirección (casa): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección (trabajo): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Diurno: (____) _____ Teléfono Nocturno: (____) _____

Si no está disponible durante una emergencia, notifique a:

1. Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Dirección: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Dirección: _____

Historial de Salud: (Dar fechas aproximadas)

Enfermedades

Infecciones frecuentes (oído) _____
Defectos/Ataques del corazón _____
Ataques Epilépticos _____
Diabetes _____
Sangramiento/Coágulos _____
Desordenes Musculares _____

Alergias

Animales _____
Fiebre del Heno _____
Plantas Venenosas _____
Penicilina _____
Asma _____
Insectos _____

Enfermedades Infecciosas

Varicelas _____
Sarampión _____
Rubeola _____
Paperas _____

Otras Enfermedades/Medicamentos: _____

Operaciones o Lesiones Serias (fechas): _____

Enfermedades Crónicas o Repetitivas: _____

Dietas Especiales: _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

Medicamentos que acompañarán a la participante: _____

¿Está la participante bajo cuidado médico o psicológico? _____ Sí _____ No

Nombre del médico/psicólogo: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista/odontólogo: _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted seguro médico/hospital? _____ Si responde sí, favor de proveer nombre de la compañía aseguradora y número de póliza: _____

(NOTA: Su seguro es la cobertura médica/hospital primario)

Marque Donde Sea Apropiado:

Desmayos: _____ Mojar la Cama: _____ Disturbios al Dormir: _____
Constipación/Estreñimiento: _____ Lentes/Lentes de Contacto: _____
Impedimentos Auditivos: _____ Disturbios Emocionales: _____
Otras: _____

Historial de Inmunizaciones

Por favor indique la fecha (mes y año) de las inmunizaciones básicas y las dosis de refuerzo más recientes:

Vacunas	Fecha de Inmunización	Fecha de Dosis de Refuerzo
Difteria.....	1. _____	1. _____
Tos Ferina.....	2. _____	2. _____
Tétano.....	3. _____	3. _____
DTaP (Difteria, Tétano, Tos Ferina)	4. _____	4. _____
Polio Oral (Sabin).....	5. _____	5. _____
Polio Inyectable (Salk).....	6. _____	6. _____
Sarampión _____		
Paperas _____		
Rubéola _____		
Otras: _____		
Tuberculina (Fecha) _____	Resultado: _____	Positivo _____ Negativo _____

Actividades

¿Puede participar en actividades de natación? _____ Sí _____ No
Si responde sí; ¿Se le puede administrar gota para oídos (solución de alcohol/vinagre) después de nadar?
_____ Sí _____ No

Otras actividades restringidas/prohibidas: _____
La participante tendrá su propio bloqueador/protector solar: _____ Sí _____ No
Entiendo que bloqueadores/protectores solares no serán proporcionados: _____ (inicie)

Comentarios Adicionales:

Importante: Esta sección debe ser completada antes de participar en las actividades.

La información en este historial médico es correcta y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades excepto las que he señalado.

PRECAUCIONES RELACIONADAS CON COVID-19

COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona. Así como en cualquier otra actividad social, la participación en Girl Scouts podría presentar el riesgo de contagiarse con COVID-19. Aún cuando Girl Scouts of West Central Florida implementa todas las medidas de seguridad y de precaución preventiva, Girl Scouts of West Central Florida no puede de ninguna manera garantizar que no ocurra contagio de COVID-19 por participación en los programas del Concilio. Yo acepto responsabilidad total de mi decisión y la decisión de mi niña en lo que respecta a los protocolos de seguridad y exposición a los riesgos de COVID-19, tales como no usar la mascarilla o practicar el distanciamiento social sin importar el estado de vacunación contra COVID-19.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Encargado

Esta firma es necesaria para aquellas actividades que requieren examen médico, favor de revisar la página 61 del Manual Esencial para Voluntarios en inglés "Volunteer Essentials" y los Requisitos de Seguridad de la actividad correspondiente.

Firma: _____ Fecha: _____
Persona Administrando el Examen Médico

Título/Ocupación

**Adultos/menores de edad - acuerdo de renuncia, descargo
de responsabilidad e indemnización**

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE. ESTE DOCUMENTO AFECTA SUS DERECHOS LEGALES Y ES LEGALMENTE VINCULANTE. AL FIRMAR ESTE ACUERDO USTED ESTÁ LIBERANDO GIRL SCOUTS OF WEST CENTRAL FLORIDA DE TODA RESPONSABILIDAD Y PARA SIEMPRE RENUNCIANDO CUALQUIER RECLAMO POR TANTO.

Reconocimiento de capacidad de voluntario

Esta sección debe ser completada por cualquier miembro adulto sirviendo en la capacidad de voluntario o por cualquier adulto cuyo certificado de antecedentes penales ha sido aprobado y consta en nuestra base de datos. Como voluntario, reconozco y acepto que no soy un empleado de Girl Scouts of West Central Florida. Reconozco y acepto que no recibiré ninguna compensación o beneficio por mi participación en Programas de voluntariado, ni seré elegible para ninguna cobertura bajo las leyes de Compensación de Trabajadores de Florida.

Firma del adulto/Voluntario: _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de imprent: _____

Asunción de riesgo

Reconozco y acepto que cualquier uso de Girl Scouts of West Central Florida instalaciones, servicios, equipos y locales ("Instalaciones") y cualquier participación en Girl Scouts of West Central Florida Los programas y actividades ("Programas") conllevan riesgos inherentes que incluyen, entre otros, los siguientes: (1) lesiones personales moderadas y graves, (2) daños a la propiedad, (3) discapacidad, (4) muerte y (5) enfermedad o dolencia que incluye, entre otros, COVID-19. Acepto y asumo toda la responsabilidad voluntariamente por estos riesgos, así como por todos los demás riesgos del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Estoy de acuerdo en que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos estos riesgos y no estoy confiando en todos los riesgos que se describen en este documento.

Renuncia, liberación, indemnización y pacto de no demandar

En consideración del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas I, los abajo firmantes, acuerdan que Girl Scouts of West Central Florida, sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, aseguradores y representantes ("Liberados") no serán responsables de ninguna lesión personal, daño a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o enfermedad en la que incurra yo, mis familiares, dependientes o invitados, incluidos menores de edad, sin embargo, incluyendo, entre otros, la negligencia de los Liberados. Entiendo que seré el único responsable de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o enfermedad sufrida por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Además acepto, en nombre mío y de todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados, liberar y **POR LA PRESENTE, LIBERAR, RENUNCIAR Y PACER NO DEMANDAR** Liberaciones de cualquier causa de acción, reclamos, demandas, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluidos, entre otros, reclamos de negligencia, que yo y todos y todos los sucesores legales y apoderados pueden tener, ahora o en el futuro, contra exoneraciones a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad, enfermedad o accidente de cualquier tipo, que surja o esté relacionado de alguna manera con el uso de Instalaciones o la participación en Programas, ya sea que dicha participación sea supervisada o no supervisada, sin embargo, se producen lesiones o daños, que incluyen, entre otros, la negligencia de los Liberados.

En consideración adicional al uso de Instalaciones y participación en Programas, acepto **INDEMNIZAR Y MANTENER INOCEROS** Liberaciones de cualquier y todas las causas de acción, reclamos, demandas, pérdidas, demandas, responsabilidades o costos de cualquier naturaleza, incluyendo reclamos de negligencia, que

surjan o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas por mí mismo, miembros de mi familia, dependientes o invitados, incluidos menores de edad.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre en letra de imprenta: _____

Renuncia de menores participantes, liberación, indemnización de todas las reclamaciones y pacto de no demandar

AVISO AL GUARDIÁN/TUTOR LEGAL DE LA NIÑA MENOR DE EDAD: FAVOR DE LEER ESTE ACUERDO POR COMPLETO Y CUIDADOSAMENTE. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN AUTORIZAR QUE SU NIÑA MENOR DE EDAD PARTICIPE EN ACTIVIDADES QUE PUEDEN RESULTAR PELIGROSAS. USTED ASUME Y ESTÁ DE ACUERDO QUE AL PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES SU NIÑA PUEDE CORRER PELIGRO Y HASTA MORIR AUN CUANDO GIRL SCOUTS OF WEST CENTRAL FLORIDA, PROVEA CUIDADO RAZONABLE AL OFRECER ESTAS ACTIVIDADES, PORQUE HAY CIERTOS PELIGROS INHERENTES A LA DICHA ACTIVIDAD LOS CUALES NO SON POSIBLES EVITAR O ELIMINAR. AL FIRMAR ESTE ACUERDO DE DESCARGO USTED ESTÁ RENUNCIANDO A SUS DERECHOS Y LOS DERECHOS DE SU NIÑA DE RECLAMACIÓN POR DEMANDA A GIRL SCOUTS OF WEST CENTRAL FLORIDA POR DAÑOS PERSONALES, INCLUYENDO MUERTE DE SU NIÑA O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE HABITUALES DE ESTA ACTIVIDAD. USTED TIENE EL DERECHO A REHUSAR FIRMAR ESTE ACUERDO Y GIRL SCOUTS OF WEST CENTRAL FLORIDA TIENE EL DERECHO A NEGAR LA PARTICIPACIÓN DE SU NIÑA A FALTA DE FIRMAR ESTE ACUERDO.

Asunción de riesgo

Yo, en mi capacidad legal como padre / tutor del menor mencionado a continuación ("Menor"), reconozco y acepto que cualquier uso de Girl Scouts of West Central Florida instalaciones, servicios, equipos y locales ("Instalaciones") y cualquier participación en Girl Scouts of West Central Florida Los programas y actividades ("Programas") conllevan riesgos inherentes que incluyen, entre otros, los siguientes: (1) lesiones personales moderadas y graves, (2) daños a la propiedad, (3) discapacidad, (4) muerte y (5) enfermedad o dolencia que incluye, entre otros, COVID-19. Voluntariamente, para mí y para Menor, acepto y asumo toda la responsabilidad de estos riesgos, así como de todos los demás riesgos del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Estoy de acuerdo en que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos estos riesgos y no estoy confiando en todos los riesgos que se describen en este documento.

Renuncia, liberación, indemnización y pacto de no demandar

En consideración del uso que Minor hace de las Instalaciones y la participación en los Programas I, en mi capacidad legal como padre / tutor de Menor, acepto en mi nombre y en el Menor que Girl Scouts of West Central Florida, sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, aseguradores y representantes ("Liberados") no serán responsables de ninguna lesión personal, daño a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o enfermedad en que incurra Menor, sin embargo, incluyendo, pero no limitado a, la negligencia de los liberados. Entiendo que Minor y yo seremos los únicos responsables de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o enfermedad sufrida por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Además estoy de acuerdo, en mi capacidad legal como padre / tutor de Minor, en nombre de Minor, de mí mismo y de todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados, para liberar y **POR LA PRESENTE, LIBERAR, RENUNCIAR Y PACER NO DEMANDAR** Liberaciones de cualquier causa de acción, reclamos, demandas, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluidos, entre otros, reclamos de negligencia, que Minor, yo mismo y todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados pueden tener, ahora o en el futuro, contra Liberaciones a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad, enfermedad o accidente de cualquier tipo, que surja o esté relacionado de alguna manera con el uso de Instalaciones o la participación en Programas, ya sea que dicha participación sea supervisada o sin supervisión, sin embargo, la lesión o daño ocurre, incluyendo, entre otros, la negligencia de los Liberados.

En consideración adicional al uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, en mi capacidad legal como padre / tutor de Menor, acepto en mi nombre y en el Menor **INDEMNIZAR Y MANTENER INOCEROS** Liberaciones de cualquier y todas las causas de acción, reclamos, demandas, pérdidas, demandas, responsabilidades o costos de cualquier naturaleza, incluyendo reclamos de negligencia, que surjan o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Nombre menor (letra clara)

Fecha

Firma del padre / tutor

Nombre del padre / tutor (en letra clara)