



**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 primaria)

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. _____	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 por COVID-19

COVID-19 es un virus extremadamente contagioso, que se transmite fácilmente por contacto de persona a persona. Como sucede en cualquier actividad social, la participación en Girl Scouts puede presentar el riesgo de contraer COVID-19. Aunque Girl Scouts of West Central Florida toma todas las medidas preventivas de precaución y seguridad, Girl Scouts of West Central Florida no garantiza bajo ninguna circunstancia que no exista el riesgo de infección de COVID-19 a través de la participación en programas del Concilio.

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 POR TANTO PARA SIEMPRE RENUNCIANDO CUALQUIER RECLAMO.

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 yo reconozco y estoy de acuerdo que no estoy empleado por Girl Scouts of West Central Florida. Yo reconozco y estoy de acuerdo que no recibiré compensación alguna por mi participación en programas de voluntario, ni tampoco soy elegible para recibir ningún tipo de cobertura bajo la ley de "compensación al trabajador" según las leyes de la Florida.

Firma del adulto/Voluntario _____ Fecha _____

Escriba su nombre en letra de molde _____

Asunción de riesgo

Yo, reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales ("Instalaciones") de la Girl Scouts of West Central Florida y cualquier participación en los programas y actividades ("Programas") de Girl Scouts of West Central Florida 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. Yo, voluntariamente acepto y asumo toda la responsabilidad de estos riesgos, así como de todos los demás riesgos por el 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 me estoy fiando solo en 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 yo, el abajo-firmante, estoy de acuerdo 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 padecimiento en que incurran yo mismo, miembros de mi familia, dependientes o invitados, incluyendo menores de edad, como quiera que haya ocurrido, incluyendo, pero no limitado a la negligencia de los liberados. Yo entiendo que seré el único responsable de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o padecimiento sufridos por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Además, estoy de acuerdo, en mi capacidad legal y de todos y de cada uno de los sucesores legales y apoderados, liberar y **POR LA PRESENTE, LIBERAR, RENUNCIAR Y PACTO DE NO DEMANDAR** a los Liberados de cualquier procedimiento judicial, reclamos, demandas, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluidos, entre otros, reclamos por negligencia, por los cuales yo mismo y todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados puedan tener, ahora o en el futuro, en contra de los Liberados por causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad, padecimiento 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 importar como la lesión o daño ocurra, incluyendo, entre otros, la negligencia de los Liberados.

En consideración adicional al uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, acepto en mi nombre **INDEMNIZAR Y EXONERAR** a los Liberados 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.

Firma del Participante

Nombre del Participante en letra de molde

Fecha

Menores de edad - acuerdo de renuncia, descargo de responsabilidad e indemnización de toda reclamación y pacto de no demandar

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 POR TANTO A CUALQUIER RECLAMO.

Asunción de riesgo

Yo, en mi capacidad legal de padre/tutor de la menor de edad mencionada más abajo ("Menor") reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales ("Instalaciones") de Girl Scouts of West Central Florida y cualquier participación en los programas y actividades ("Programas") de Girl Scouts of West Central Florida 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 padecimiento que incluye, entre otros, COVID-19. Voluntariamente, para mí y para la 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 me estoy fiando solo en los riesgos que se describen en este documento.

Renuncia, liberación, indemnización y pacto de no demandar

En consideración al uso que la Menor hace de las instalaciones y la participación en los Programas yo, en mi capacidad legal como padre / tutor de la Menor, acepto en mi nombre y en nombre de la 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 padecimiento en que incurra la Menor, como quiera que haya ocurrido, incluyendo, pero no limitado a, la negligencia de los liberados. Entiendo que la Menor y yo seremos los únicos responsables de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o padecimiento sufrido por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Además, estoy de acuerdo, en mi capacidad legal de padre / tutor de la Menor, en nombre de la Menor, de mí mismo y de todos y de cada uno de los sucesores legales y apoderados, liberar y **POR LA PRESENTE, LIBERAR, RENUNCIAR Y PACTO DE NO DEMANDAR** a los Liberados de cualquier causa de acción, reclamos, demandas, responsabilidades o demandas de cualquier naturaleza, incluidos, entre otros, reclamos por negligencia, que la Menor, yo mismo y todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados puedan tener, ahora o en el futuro, en contra de los Liberados a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad, padecimiento 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 importar como la lesión o daño ocurra, 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 de padre / tutor de la Menor, acepto en mi nombre y en el de la Menor **INDEMNIZAR Y EXONERAR** a los Liberados 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 (en letra de molde)

Fecha

Firma del padre / tutor

Nombre del padre / tutor (en letra de molde)