



TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA ANUALMENTE POR PADRES/GUARDIANES DE LA NIÑA

I PARTE: RECORD DE LA NIÑA

Form fields for personal information: Nombre de la Niña, Escuela que Atiende, Fecha de Nacimiento, Tropa Número, Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal, Dirección Electrónica de la Familia, Nombre de la Madre, Teléfono de Día, Teléfono de Noche, Nombre de la Padre, etc.

Emergency consent checkboxes: Es su niña incapacitada?, Tenemos su permiso para que su niña reciba tratamiento medico de emergencia si es necesario?

PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD. Los registros de historia de salud de su niña son solamente concernientes a la salud en eventos específicos. Firma de Madre/Padre/Guardián: Fecha:

II PARTE: OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA DIFERENTE AL PADRE/MADRE/GUARDIAN. Form fields for emergency contact: Nombre, Teléfono de Día, Teléfono de Noche

III PARTE: INFORMACION DE SEGURO DE SALUD. Form fields for insurance information: Nombre del DENTISTA de la familia, Nombre del MEDICO de la familia, Nombre del SEGURO/GRUPO/POLIZA MEDICA de la familia, NUMERO del GRUPO / POLIZA:

IV PARTE: ALERGIAS/ENFERMEDADES/LESIONES. Reacciones Alérgicas: (Marque las que apliquen y especifique la naturaleza de la reacción alérgica) Enfermedades Crónicas o recurrentes: (Marque las que apliquen y de las fechas apropiadas)

V PARTE: MEDICACION Y ACTIVIDADES. Esta su niña tomando alguna medicina? Si marca SI escriba la medicina, razón y efecto secundario posible. MEDICACION RAZON EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLE

VI PARTE VI: HISTORIA DE INMUNIZACIÓN. Lo siguiente es la historia de las inmunizaciones de las niñas: Inmunización Fecha de las Primeras Vacunas Completadas Año de su última vacuna

Footer section: Repase por favor esta forma anualmente. Si no hay cambios o apenas ajustes de menor importancia, marque por favor éstos, después firme y feche el impreso. Forms Bank/Health Forms/HH_Historia_Salud_Nina.doc 09/2008