

Permiso General/ Historial de Salud

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Nombre _____ Apellido _____

Nombre del Tutor 1 _____ Nombre del Tutor 2 _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de celular _____

Correo electrónico _____

Si no se puede contactar al padre/tutor, la siguiente persona está autorizada a actuar en su nombre:

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de celular _____

Por favor anote cualquier condición de salud o preocupación que deba considerarse durante las actividades.

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Anteojos/Lentes de contacto | <input type="radio"/> Problemas del riñón/vejiga | <input type="radio"/> Otro _____ |

Alergias POR FAVOR, ESPECIFIQUE

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Asma _____ | <input type="radio"/> Alergia al polen _____ |
| <input type="radio"/> Medicina/fármacos _____ | <input type="radio"/> Picaduras de insectos _____ |
| <input type="radio"/> Alimentos _____ | <input type="radio"/> Otro _____ |

_____ es mi/nuestra hija o una niña bajo mi/nuestra custodia legal. Yo/nosotros tenemos plena autoridad para dar este permiso. Ella tiene mi / nuestro permiso para participar en todas las reuniones y actividades de la tropa de Girl Scouts de menos de cuatro horas de duración, realizadas o patrocinadas por la Tropa # _____ a los que está registrada, o que son realizados o patrocinados por Girl Scouts-Arizona Cactus-Pine Council, Inc.

COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona. Al igual que con cualquier actividad social, la participación en Girl Scouts podría presentar el riesgo de contraer COVID-19. Si bien GSACPC intenta tomar todas las precauciones preventivas y de seguridad, GSACPC de ninguna manera puede garantizar que la infección por COVID-19 no ocurra a través de la participación en los programas de GSACPC.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Al participar en las actividades de las Girl Scouts, puedo ser fotografiada para imprimir, grabada en video o fotografiada electrónicamente. Las imágenes se pueden usar en materiales promocionales, comunicados de prensa y otros formatos publicados para los Consejos locales de Girl Scouts o Girl Scouts of the USA. Las imágenes serán propiedad exclusiva del Consejo de Girl Scouts local o de Girl Scouts of the USA.

Deseo optar por no participar en este momento.