

Completion of this form is optional. Any information provided on the form will only be shared with individuals who must know the information.

PART I: GIRL RECORD		
Name _____	DOB: ____ / ____ / ____	Address _____ City/State/Zip _____
Parent/Guardian: _____	Day/Cell Phone _____	Evening /Cell Phone: _____
PART II: EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT/GUARDIAN IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY:		
Name: _____	Relationship: _____	Phone: _____
Physician's Name: _____	Phone: _____	
PART III: ALLERGIES/ILLNESSES/INJURIES (To list additional information, attach a separate sheet.)		
Allergies (Food, Medicine, Animal, Plant) _____		
Chronic or Recurring Illnesses _____		
Other Pertinent Information _____ _____		
In the event of an emergency, every effort will be made to contact a parent or emergency contact. If no contact can be made, I hereby give authorization to Girl Scouts to seek medical treatment for my daughter.		
Signature of Parent/Guardian _____	Date _____	ODE/MEM _____

Completion of this form is optional. Any information provided on the form will only be shared with individuals who must know the information.

PART I: GIRL RECORD		
Name _____	DOB: ____ / ____ / ____	Address _____ City/State/Zip _____
Parent/Guardian: _____	Day/Cell Phone _____	Evening /Cell Phone: _____
PART II: EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT/GUARDIAN IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY:		
Name: _____	Relationship: _____	Phone: _____
Physician's Name: _____	Phone: _____	
PART III: ALLERGIES/ILLNESSES/INJURIES (To list additional information, attach a separate sheet.)		
Allergies (Food, Medicine, Animal, Plant) _____		
Chronic or Recurring Illnesses _____		
Other Pertinent Information _____ _____		
In the event of an emergency, every effort will be made to contact a parent or emergency contact. If no contact can be made, I hereby give authorization to Girl Scouts to seek medical treatment for my daughter.		
Signature of Parent/Guardian _____	Date _____	ODE/MEM _____

Completar este formulario es opcional. Información proporcionada será compartida solamente con los individuos que deben saber la información.

PARTE I: EXPEDIENTE DE LA NIÑA		
Nombre _____		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección: _____		
Ciudad/Estado/Código Postal: _____		Padre/ Encargado: _____
Número Telefónico Día/Celular _____		Número Telefónico Noche/Celular _____
PARTE II: CONTACTO DE EMERGENCIA CON EXCEPCION DE PADRE/ ENCARGADO		
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:		
Nombre: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		
Nombre de Doctor: _____		Teléfono: _____
PARTE III: ALERGIAS/ENFERMEDADES/LESIONES (enumerar la información adicional en una hoja separada.)		
Alergias (Comida, Medicina, Animal, Planta)		

Enfermedades Crónicas ó Concurrentes		

Otra Información Pertinente		

En caso de alguna emergencia, cada esfuerzo será hecho para contactar a los padres ó contacto de emergencia. Si ningún contacto no puede ser hecho, doy por este medio, la autorización a Girl Scouts para buscar el tratamiento médico para mi hija.		
Firma de Padre/ Encargado _____		Fecha _____
		ODE/MEM _____

Completar este formulario es opcional. Información proporcionada será compartida solamente con los individuos que deben saber la información.

PARTE I: EXPEDIENTE DE LA NIÑA		
Nombre _____		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección: _____		
Ciudad/Estado/Código Postal: _____		Padre/ Encargado: _____
Número Telefónico Día/Celular _____		Número Telefónico Noche/Celular _____
PARTE II: CONTACTO DE EMERGENCIA CON EXCEPCION DE PADRE/ ENCARGADO		
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:		
Nombre: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		
Nombre de Doctor: _____		Teléfono: _____
PARTE III: ALERGIAS/ENFERMEDADES/LESIONES (enumerar la información adicional en una hoja separada.)		
Alergias (Comida, Medicina, Animal, Planta)		

Enfermedades Crónicas ó Concurrentes		

Otra Información Pertinente		

En caso de alguna emergencia, cada esfuerzo será hecho para contactar a los padres ó contacto de emergencia. Si ningún contacto no puede ser hecho, doy por este medio, la autorización a Girl Scouts para buscar el tratamiento médico para mi hija.		
Firma de Padre/ Encargado _____		Fecha _____
		ODE/MEM _____