

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 \_\_\_\_\_