



Girl Scouts®

Girl Scout Council of Orange County
FOR PARENTS

9500 Toledo Way, Irvine, CA 92618

(949) 461-8800; para español (949) 461-8894

Troop Number _____ is planning _____ Date _____

Located at _____

Troop will meet: Place _____ Time _____

Troop will return to _____ Time _____

Mode of Transportation _____ She needs to bring _____

Cost of event \$ _____ Equipment/Clothing needed _____

In case of emergency or delay, call: Name _____

Address _____ Phone _____

Leader's signature _____ Phone _____

A copy of these plans are on file with _____ Phone _____
(Council Representative)

IMPORTANT: Parents retain this portion until outing is completed.

GIRL SCOUT COUNCIL
OF ORANGE COUNTY

FOR LEADERS

Troop Number _____

PARENT'S PERMISSION AND EMERGENCY MEDICAL FORM

I (we), the undersigned parent, parents or legal guardian of _____, a minor, do hereby request that she be permitted to attend (event) _____ on (date) _____ and should the need arise, do hereby authorize and consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provisions of the Medicine Practice Act or a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act and on the staff of any acute general hospital holding a current license to operate a hospital on the State of California Department of Public Health. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power to render care which the aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable. It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient but that any of the above treatments will not be withheld if the undersigned cannot be reached. I will not hold liable the Girl Scout Council of Orange County, its officers or leaders for medical aid rendered at a hospital or first aid rendered at the event and will reimburse the Girl Scout Council of Orange County for medical or other expenses incurred in the care of my daughter.

This authorization is given pursuant to Section 6910 of the Family Code of California and remains effective only for the event and date listed above.

Physician OR Christian Science Practitioner _____ Name _____ Phone: _____

Is she taking medication? No _____ Yes _____ Specify _____ Dosage _____
Name of Medication

Medication must be accompanied by written instructions from the parent or physician and in their original containers. Is the information on your daughter's health history form still current? Yes _____ No _____ If there are any changes please list _____

Allergic to: _____

Restricted activities and/or food for this event are: _____

I will permit photographs of my daughter taken at this event to be used for publicity by authorization of the designated members of the Council.

Parent/Guardian's Signature _____ Phone _____ Date _____

Local emergency contact:

Name _____ Relationship _____ Phone _____

BE SURE YOU HAVE DETACHED THE UPPER PORTION. IT IS FOR YOUR INFORMATION
Spanish on Reverse



Girl Scouts®

Girl Scout Council of Orange County
PARA LOS PADRES

9500 Toledo Way, Irvine, CA 92618

(949) 461-8800; para español (949) 461-8894

Numero de Tropa _____ está planeando _____ Fecha _____

Donde _____

La tropa saldrá de _____ a _____ Hora

La tropa volverá a _____ a _____ Hora

Modo de transportación _____ Lugar _____ Ella necesita traer _____

El costo será \$ _____ Equipo/Ropa necesario _____

In caso de emergencia o demoro, llame: Nombre _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Firma de Lider _____ Teléfono _____

Una copia de este permiso está en el archivo con _____ Teléfono _____
(Representante del Concilio)

IMPORTANTE: Padres deben guardar esta porción hasta que se termine el evento.

GIRL SCOUT COUNCIL
OF ORANGE COUNTY

PARA LAS LIDERES

Numero de Tropa _____

PERMISO DE LOS PADRES Y FORMA DE EMERGENCIA MEDICAL

Yo/Nosotros, el abajo firmado padre, o tutor de _____, menor de edad, por este medio suplico que ella sea permitida atender (evento) _____ en la fecha _____

En caso de accidente o enfermedad doy mi autorización y consentimiento para cualquier examen médico, rayos x, anestesia, diagnosticos médicos o quirúrgicos que sean ejecutados bajo la supervisión de un médico o cirujano licenciado bajo del Acto Práctico Medical o por un dentista licenciado bajo del Acto Práctico Dental y empleado por un hospital licenciado por el Departamento de Sanidad Pública del Estado de California. Se entiende que este consentimiento es dado adelantado de cualquier diagnosis, tratamiento, o internamiento requerido y provee autorización y poder para dar tratamiento que el sobredicho médico en su juicio cree prudente. Se entiende que todo esfuerzo será hecho de contactar el firmante antes de darle tratamiento al paciente, pero tratamiento no puede negarse si el firmante no puede ser contactado. No tendré responsable al Concilio de las Girl Scouts del Condado Orange o sus oficiales o líderes por el tratamiento médico dado. Reembolsaré al Concilio de las Girl Scouts del Condado Orange todos los costos incurridos en el cuidado médico de mi hija.

Esta autorización se hace en conformidad con la sección 6910 del código civil de California. Esta autorización será efectiva solamente para la fecha del evento.

Médico o Práctico Cristiano _____ Teléfono _____
Nombre

¿Toma ella medicación? No _____ Sí _____ ¿Que? _____

Toda medicación debe estar acompañada de instrucciones por escrito de los padres o del médico y en su envase original. ¿La información proveída en la Historia de Salud de su hija está corriente? Si _____ No _____ Cambios _____

Alergias a: _____

Actividades/Comida limitados para este evento _____

Doy mi permiso para que fotos de mi hija tomadas durante este evento sean usadas para publicidad por medio de la autorización de ciertos miembros del Concilio de las Girl Scouts.

Firma de Padre o tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____

En caso de emergencia contacten (una persona local)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

MANTENGA LA PARTE DE ARRIBA. ES POR SU INFORMACIÓN.

Vea el otro lado por la translación a Inglés

GIRL SCOUT COUNCIL OF ORANGE COUNTY
DÀNH CHO PHỤ HUYNH

9500 Toledo Way Irvine, CA 92618

(949) 461-8800, tiếng Việt (949) 461-8895

Đoàn số _____ dự trù _____ Ngày _____

Địa điểm _____

Đoàn tập họp tại: _____ Giờ _____

Đoàn trở về tại: _____ Giờ _____

Phương tiện chuyên chở: _____ Đoàn sinh đem theo _____

Lệ phí \$ _____ Dụng cụ/Áo quần cần thiết _____

Trường hợp khẩn cấp hoặc trẻ nài, hãy gọi: Tên _____

Địa chỉ _____ Đ thoại _____

Tên Trưởng đoàn _____ Đ thoại _____

Một bản sao của mẫu này có tại _____ Đ thoại _____

(Đại diện Châu Nữ Hướng Đạo)

XIN LƯU Ý: Phụ huynh giữ phần này cho đến khi sinh hoạt xong.

GIRL SCOUT COUNCIL
OF ORANGE COUNTY

DÀNH CHO TRƯỞNG

Đoàn Số _____

GIẤY PHÉP CỦA PHỤ HUYNH VÀ MẪU ĐIỀU TRỊ KHẨN CẤP

Tôi, (Chúng tôi), ký tên dưới đây là phụ huynh/giám hộ của vị thành niên _____ thuận cho con em tôi khám quang tuyến, xông thuốc mê, chẩn bệnh hay giải phẫu dưới sự trông nom tổng quát hay đặc biệt của bất cứ y sĩ hoặc nhân viên phòng cấp cứu hoặc nhà sĩ có giấy phép hành nghề của Bộ Y Tế California. Giấy ưng thuận cũng cho phép xử dụng bất cứ hình thức trị liệu nào mà y sĩ lựa chọn.

Trước khi điều trị, mọi cố gắng phải được xúc tiến để liên lạc với người đã ký tên trong tờ ủy quyền này, tuy nhiên việc trị liệu cần thiết sẽ không bị trở ngại nếu chưa liên lạc được với người thân ở trên. Chúng tôi sẽ không quy trách nhiệm cho Hội Girl Scouts, cho nhân viên hoặc trưởng niên về sự chăm sóc y tế tại bệnh viện hoặc lúc cấp cứu tại nơi sinh hoạt và sẽ bồi hoàn những phí khoản về y tế trong việc chữa trị và chăm sóc con em chúng tôi.

Giấy ưng thuận này được soạn theo Điều-6910 của Bộ Dân Luật California và chỉ có giá trị cho sinh hoạt theo ngày giờ đã ghi ở trên.

Y sĩ điều trị _____ Đ thoại _____

Em đang uống thuốc? Có ____ Không ____ Ghi rõ tên thuốc _____ Liều lượng _____

Thuốc men mang theo phải có nhãn trên chai lọ gốc với lời dặn của phụ huynh hoặc bác sĩ. Tin tức trên phiếu sức khỏe của con em quý vị vẫn còn đúng? Đúng ____ không ____ Nếu có gì thay đổi xin ghi ra _____

_____ Con em tôi dị ứng về: _____

Sinh hoạt và/hoặc phẩm cấm kỵ: _____

Do sự đồng ý của tôi, Hội Girl Scouts có thể dùng hình chụp con em chúng tôi trong sinh hoạt để đăng trên tài liệu, phổ biến trên báo chí.

Phụ huynh/Giám hộ ký tên _____ Đ. thoại _____ Ngày _____

Người cùng trong một địa phương để liên lạc khi khẩn cấp:

Tên _____ Liên hệ _____ Đ thoại _____

PHỤ HUYNH NHỚ CẮT RỜI THEO LỖ GẠCH Ở TRÊN ĐỂ LÀM TÀI LIỆU