



INSTRUCCIONES: proporcione información detallada sobre su salud para determinar la supervisión, la asistencia y las adaptaciones apropiadas para la actividad o evento anunciado de 4-H. **Uno de los padres o guardián/tutor debe firmar.** Si el participante es una persona discapacitada y quiere algunos dispositivos de ayuda, servicios u otras adaptaciones para participar en esta actividad, comuníquese con su oficina local de Extensión durante horas laborales, al menos con 7 días de anterioridad al evento para hablar sobre las adaptaciones. **ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE MOLDE.** (NOTA: debe completar ambos lados de este formulario).

NOMBRE DEL EVENTO DE 4-H EN EL QUE DESEA

PARTICIPAR: _____

DÍA(S) DEL EVENTO: _____

LUGAR: _____

Para Uso Oficial Solamente/Office Use Only

Unit: _____

Date Received: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE: _____

Apellido Primer nombre Segundo nombre
(Subraye el nombre con el que quiere que le llamen)

HOMBRE MUJER EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO
POSTAL: _____

TELÉFONO DE LA CASA: (____) _____ TELÉFONO CELULAR DEL PARTICIPANTE: (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RAZA: (Opcional) BLANCA HISPANA NEGRO O AFROAMERICANO INDIA-AMERICANA
ASIÁTICA MULTICULTURAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIÁN

(Coloque una marca frente a la persona con quien comunicar en caso de emergencia).

NOMBRE DEL PADRE: (O GUARDIÁN): _____

TELÉFONO DIURNO DEL PADRE: (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE: _____

TELÉFONO NOCTURNO: (____) _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____

NOMBRE DEL PADRE (O GUARDIÁN): _____

TELÉFONO DIURNO DEL PADRE: (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE: _____

TELÉFONO NOCTURNO: (____) _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA PRINCIPAL DEL PARTICIPANTE? _____

DIRECCIÓN, SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO Y SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO DE LA FAMILIA: _____ TELÉFONO: (____) _____

NOMBRE DEL ODONTÓLOGO/ORTODONCISTA: _____

TELÉFONO: (____) _____

¿TIENE SEGURO MÉDICO PARA LA FAMILIA Y SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN? : _____ Marque ✓ una Sí NO

(COMPAÑÍA): _____ NÚMERO DE LA PÓLIZA: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (Debe completar las partes 1 y 2)

1. ¿DÓNDE SE PUEDE LOCALIZAR EN CASO DE EMERGENCIA?

LUGAR: _____ TELÉFONO: (_____) _____

TELÉFONO CELULAR: (_____) _____

2. ¿QUIÉN DEBE SER INFORMADO EN CASO DE QUE USTED NO PUEDA SER LOCALIZADO?

NOMBRE: _____ TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____

TELÉFONO DE LA OFICINA: (_____) _____ TELÉFONO CELULAR: (_____) _____

CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN 4-H PARA USAR FOTOGRAFÍAS, GRABACIONES, VIDEO O COMENTARIOS

El Instituto Politécnico de Virginia y la Universidad Estatal/Facultad de Agricultura y Ciencias Biológicas (CALs) usa periódicamente medios electrónicos y tradicionales de comunicación (ej. fotografías, video, audio, testimonios) con fines publicitarios o educativos. Al firmar este formulario, yo reconozco que recibí este documento y autorizo a la Facultad de Agricultura y Ciencias Biológicas y a sus designados a usar las reproducciones con fines educativos y publicitarios, ilimitadamente, sin consideraciones adicionales de mi parte.

Yo entiendo que tendré que notificar a *Virginia Tech/College of Agriculture and Life Sciences* si se presenta algún cambio en mi situación actual que pueda tener repercusiones en este consentimiento para el uso de fotografías, grabaciones, video o comentarios.

SÍ NO

SALUD E HISTORIAL MÉDICO DEL PARTICIPANTE

(Debe responder las preguntas de la 1 a la 5).

1. NECESIDADES ALIMENTICIAS ESPECIALES

INSTRUCCIONES: el objetivo de esta sección es dejar saber sobre las necesidades alimenticias especiales, alergias a los alimentos, etc., para cualquier niño, joven o adulto que vaya a asistir a un evento de 4-H.

En el siguiente espacio, anote todas las **alergias a los alimentos u otras restricciones alimenticias** del participante y las precauciones necesarias que se deben tomar:

2. ¿Ha padecido el participante alguna vez (o ha tenido necesidades especiales con) cualquiera de los siguientes problemas?

[Marque ✓ todas las que apliquen]

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama | <input type="checkbox"/> Alergias no alimenticias |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención | <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | |
| <input type="checkbox"/> Otro: e hiperactividad (ADHD) | | | |

Describe alguna condición o necesidad que haya marcado: _____

3. ¿Padece el participante de algún problema de salud actualmente? ¿Está bajo cuidado médico? ¿Está recibiendo actualmente servicios de salud mental o comportamiento o tomando medicamentos?

SÍ NO

Si respondió "Sí", explique por qué: _____

4. ¿Ha tenido el participante alguna cirugía, o ha sufrido alguna lesión, enfermedad, alergia, o cambio en su salud en general durante el último año? ¿Existe alguna razón por la cual la participación en un programa o actividad debería restringirse?

SÍ NO

Si respondió "Sí", explique por qué: _____

5. ¿Qué más debemos saber acerca de su niño?

Los programas de 4-H brindan situaciones muy gratificantes pero algunas veces desafiantes. Déjenos saber cualquier inquietud que pueda surgir relacionada con la salud física, mental, emocional o social de su niño con el fin de suministrar mejor supervisión y apoyo apropiado.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

(Lea las partes 1 y 2. Si el participante es menor de 18 años, los padres /guardianes deben firmar en el espacio designado. Si usted es mayor de 18 años, usted mismo puede firmar. Si usted no puede firmar debido a razones religiosas, debe comunicarse con su oficina de Extensión para obtener una exención legal que debe ser firmada.

Si esta sección no está firmada, no se permitirá la participación en el evento/actividad de 4-H. Debe comunicarse con la oficina de Extensión si hay un cambio en su salud en general después de entregar este formulario.

1. Yo le autorizo al participante mencionado en este formulario a participar en el programa citado de 4-H. Él/ella tiene permiso de participar en todas las actividades que pueden incluir natación y otros deportes acuáticos bajo la supervisión de un salvavidas y participar en otras actividades programadas tales como seguridad de armas de fuego, equitación, tiro con arco, dinámicas de cuerdas bajas, actividad física/ejercicio y actividades relacionadas bajo la supervisión de instructores; sujetas a las limitaciones aquí señaladas.

2. Yo le autorizo por medio de la presente al miembro del personal médico seleccionado por el director del evento/actividad a ordenar radiografías, exámenes de rutina y tratamiento para mi hijo (o para mí, si soy un participante mayor de 18 años) según sea médicamente necesario.

Yo también autorizo al participante a aceptar medicamentos sin receta médica según sea necesario bajo la orientación del miembro del personal médico. Yo entiendo que se intentará hasta donde sea posible comunicarse con los padres/guardianes sobre cualquier lesión grave o enfermedad de su niño. Si no puedo ser localizado en caso de emergencia, yo autorizo por medio de la presente al miembro del personal médico para hospitalizar, dar tratamiento adecuado, y administrar inyecciones o anestesia o cirugía a mí o al participante que nombrado en el formulario. Se puede fotocopiar este formulario para su uso fuera del lugar del evento/actividad.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL ADULTO: _____

FIRMA: _____

(Padre/guardián legal o participante mayor de 18 años)

Fecha: _____

Yo entiendo y acepto respetar las restricciones en mis actividades de acuerdo a este formulario.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL JOVEN: _____

FIRMA: _____

(Participante menor de 18 años)

Fecha: _____

HISTORIAL DE VACUNAS (Debe responder esta sección)

¿Tiene su niño todas las vacunas al día?

SÍ NO

Fecha de la vacuna más reciente contra el tétano: (mes/año) _____

AUTORIZACIÓN DE SALIDA

Yo le autorizo a la siguiente persona(s) a recoger a mi niño cuando termine este evento de 4-H: _____

Nombre(s): _____

Firmar en el momento de la recogida (El nombre de la persona debe aparecer arriba): _____

Nombre en imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

