

Forma acerca de la Salud 4-H Miembro/Voluntario(a)

Información de un Miembro o Voluntario(a)

(Esta aplicación es usada para reafirmar su seguridad y bienestar.)

Apellido	Primer nombre	Inicial	Sexo	Fecha de Nacimiento / /
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	

En Caso de emergencia Notificará:

(Se notificará en orden de lista hasta comunicarse con alguno de ellos).

Nombre	Relación	Nombre	Relación
Dirección		Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad
			Estado
			Código postal
Teléfono de:		Teléfono de	
()	()	()	()
Casa	Trabajo	Celular	Casa
			Trabajo
			Celular

Alergias

Comidas (lístelas)	Causante de Muerte	Si	No
Medicinas (lístelas)	Causante de Muerte	Si	No
Insectos (lístelos)	Causante de Muerte	Si	No
Otros (lístelos)	Causante de Muerte	Si	No

Historial Medico Personal.

¿Cirugías/Hospitalizaciones Previas? Explique

¿Impedimento Físico? Explique

¿Cuestiones de salud Mental que Requieren Tratamiento? Explique

¿Medicamentos y condiciones por las cuales han sido prescritos?

¿Hay algún otro Historial Medico Personal que usted cree que deberíamos saber?

Autorización del Padre, Madre o Guardián

Reconozco que algunas actividades tienen un riesgo inherente que puede resultar en lesión personal. La persona dentro de esta descripción tiene el permiso de tomar parte en todas las actividades 4-H a excepción de la anotada. Por favor lístela(s):

Por la presente autorizo al personal médico tomar rayos-x, exámenes rutinarios, tratamiento, dar a conocer cualquier dato médico necesario para el seguro; proveer o hacer los arreglos necesarios para transportación relacionada para mi o mi hijo(a). En caso de que en una emergencia no se puedan comunicar conmigo, por la presente doy permiso de que el médico seleccionado asegure y de tratamiento, incluyendo hospitalización, para la persona mencionada aquí. Entiendo(-mos) que el costo de las medidas tomadas, si no lo cubre el seguro, será mi responsabilidad. Esta forma puede ser fotocopiada para evento especiales específicos tales como salidas a montar en trineo, proyectos de manuales, etc. Esta forma de salud será confidencial

Firma del padre/madre guardián	Fecha
Nombre en imprenta	Fecha

Continuación de la Autorización del Padre, Madre o Guardián.

Yo, _____ Afirmo que debido a las creencias religiosas mías y/o las de mi hijo(a). Yo y/o mi hijo(a) pueden recibir el siguiente tratamiento medico:

Cierta tratamiento (especifique)

Ningún Tratamiento Medico.

Yo libero de cualquier responsabilidad a la Universidad de Connecticut, su Sistema de Extensión Programa 4-H Desarrollo de la Juventud, el Estado de Connecticut y sus agentes y empleados por cualquier incapacidad medica mía o hijo(a) como resultado de esta exención.

Firma del Padre, Madre o Guardian

Fecha:

Nombre en Imprenta

Consentimiento para la Administración de Medicamentos

Si su hijo, hija o niño(a) a su cargo es menor de 18 años, durante la asistencia del Evento de toda la noche del 4-H, es póliza del Programa 4-H de la Universidad de Connecticut asegurarse de tener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de elementos médico. Los medicamentos o elementos médicos pueden administrarse personalmente o por una enfermera o profesional de salud.

Todos los medicamentos deben estar dentro de el envase medico dado por la farmacia con el nombre del participante, nombre del doctor y su número de teléfono, el nombre del medicamento y la dosis. Usted también debe completar la siguiente información:

No medicamentos han sido traídos al Evento de una noche del 4-H.

Deseo que el medicamento o elementos médicos sean administrados personalmente (Solamente mayores de 14 años).

Deseo que el medicamento o elemento médico sea administrado por una enfermera(o) o Profesional de la salud. Sin embargo, mi hijo(a) puede cargar una cantidad limitada del medicamento en caso de algún riesgo serio. (Inhaladores, contra restantes de picaduras de abejas, etc.)

Nombre de el/los medicamento(s)

Doctor quien lo(s) Prescribe

Cantidad que debe tomarse

¿Como debe Tomarse?

¿Cuando debe tomarse?

Día(s) que deben tomarse

Instrucciones Especiales

Firma del Padre, Madre o Guardián

Fecha