



REVISIO 2005

PUBLICACIÓN 388-906S

* 18 U.S.C. 707

INSTRUCCIONES: Por favor proporcione información detallada para poder determinar la supervisión, el apoyo o las condiciones apropiadas para la actividad o evento de 4-H que está registrando. **Uno de los padres o guardianes debe firmar.** Si el participante es una persona incapacitada y desea algún tipo de equipo, servicio, o condición especial para poder participar en esta actividad, por favor contacte la oficina de su Extensión local durante las horas de operación y por lo menos 7 días antes de comenzar el evento para aprobar los servicios especiales de acomodo. **POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA.** (NOTA: Ambos lados de este formulario deben ser llenados).

Para Uso Oficial Solamente/Office Use Only
Unit: _____
Date Received: _____

NOMBRE DEL EVENTO DE 4-H EN QUE USTED DESEA PARTICIPAR _____

FECHA(S) DEL EVENTO: _____ LUGAR: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____
(Opcional— puede ser necesario en caso de hospitalización)
Apellido Nombre 2do. Nombre
Subraye el nombre por el cual prefiere ser llamado

DIRECCIÓN POSTAL: _____ TELÉFONO CASA (____) _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ E-MAIL CASA: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ HOMBRE MUJER

RAZA: (Opcional) BLANCA HISPANA NEGRA INDIA-AMERICANA ASIÁTICA MULTICULTURAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES O GUARDIAN(ES)

NOMBRE DE PADRE: (O GUARDIÁN): _____

TELÉFONO DE TRABAJO DE PADRE: (____) _____ E-MAIL DEL TRABAJO DEL PADRE _____

NOMBRE DE MADRE (O GUARDIÁN) _____

TELÉFONO DE TRABAJO DE MADRE: (____) _____ E-MAIL DE TRABAJO DE MADRE _____

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA PRINCIPAL DE EL /LA PARTICIPANTE? _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DEL PARTICIPANTE): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA MÉDICO/SEGURO DE SALUD

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR/PEDIATRA: _____ TELÉFONO: (____) _____

NOMBRE DEL DENTISTA/ORTODONCISTA: _____ TELÉFONO: (____) _____

¿TIENE SU FAMILIA SEGURO DE SALUD? : Marque (√) SÍ NO

NOMBRE DEL SEGURO (COMPAÑÍA) _____ # DE POLIZA /GRUPO _____

INFORMACIÓN SOBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Las partes 1 y 2 deben ser llenadas por uno de los padres o guardian)

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

LUGAR: _____ TELÉFONO: (____) _____

2. SI USTED **NO ESTA** LOCALIZABLE, ¿A QUIÉN SE PUEDE LLAMAR? NOMBRE: _____

DIRECCIÓN POSTAL (CASA): _____ TELÉFONO CASA: (____) _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ E-MAIL CASA: _____

DIRECCIÓN POSTAL (TRABAJO): _____ TELÉFONO TRABAJO: (____) _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ E-MAIL TRABAJO: _____

www.ext.vt.edu



VIRGINIA POLYTECHNIC INSTITUTE
AND STATE UNIVERSITY

Produced by Agriculture and Extension Communications, Virginia Tech

Virginia Cooperative Extension programs and employment are open to all, regardless of race, color, national origin, sex, religion, age, disability, political beliefs, sexual orientation, or marital or family status. An equal opportunity/affirmative action employer. Issued in furtherance of Cooperative Extension work, Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia State University, and the U.S. Department of Agriculture cooperating. Mark A. McCann, Interim Director, Virginia Cooperative Extension, Virginia Tech, Blacksburg; Alma C. Hobbs, Administrator, 1890 Extension Program, Virginia State, Petersburg. VT/0206/W/388906S



VIRGINIA STATE UNIVERSITY

HISTORIAL MÉDICO Y DE SALUD DE EL /LA PARTICIPANTE (Las preguntas 1-6 deben ser llenadas)

1. ¿Tiene el /la participante alguna alergia conocida? (incluyendo alimentos, medicinas, plantas, animales, insectos, otras)
Sí NO Si responde SI, por favor explique: _____
2. ¿Ha tenido el /la participante (o tiene la necesidad especial de) algo de lo siguiente? (Marque con (✓) todas las opciones aplicables)
 Asma Desorden hemorrágico Desorden de hiperactividad de déficit de atención (ADHD) Desordenes Alimenticios
 Epilepsia/Convulsiones Usa Lentes De Contacto Diabetes Moja la Cama
 Problemas de Comportamiento (eitherisok) Desmayos Otros _____
Por favor describa las condiciones que seleccionó arriba: _____
3. ¿Tiene actualmente el /la participante algún problema de salud o está bajo algún tratamiento médico, o recibiendo servicios de consejero mental o de conducta, o tomando algún medicamento?
Sí NO Si responde SI, por favor explique: _____
4. ¿Ha tenido el/la participante alguna cirugía o alguna herida, enfermedad, alergia, o cambio en su estado de salud durante el pasado año? ¿Existe alguna razón por la que se deba restringir su participación en algún programa o actividad?
Sí NO Si responde SI, por favor explique: _____
5. ¿Requiere el/la participante de una dieta especial? (incluyendo vegetariana, o de restricción de algún alimento, o por alergia a algún alimento, etc.)
Sí NO Si responde SI, por favor explique: _____
6. ¿Existe alguna información adicional que empleados esenciales deben saber (incluyendo incapacidades físicas, emocionales o de conducta, instrucciones sobre medicinas, y/o restricciones especiales) para poder identificar y proporcionar la supervisión, el apoyo y acomodaciones adecuados para el/la participante?
Sí NO Si responde SI, por favor explique: _____

HISTORIAL DE VACUNAS

Vacunas recibidas:	Último Año Recibido
Tétano _____	_____
Difteria _____	_____
Polio _____	_____
Otra _____	_____

(Para cada una de las siguientes, escriba la fecha de la vacuna y/o de la enfermedad)

Vacuna	Enfermedad
Sarampión _____	_____
Paperas _____	_____
Rubéola _____	_____
Tos ferina _____	_____
Varicela _____	_____

APROBACIÓN MÉDICA/ AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS.

(Por favor lea las partes 1 y 2). Si el /la participante tiene menos de 18 años, uno de los padres o guardián deben firmar en el espacio correspondiente. Si usted tiene más de 18 años, por favor firme usted mismo. Si no puede firmar por razones religiosas, debe contactar la oficina local de la Extensión para obtener una autorización legal de excusa, la cual debe ser firmada. **Si esta sección no esta firmada, participación en el evento o actividad de 4-H no será permitida.** Usted debe contactar la oficina local de la Extensión si ocurre algún cambio en la salud del participante después de entregar este formulario.

1. Yo doy mi permiso al participante nombrado en este formulario para atender al programa de 4-H indicado. El /ella tiene permiso de participar en todas las actividades incluyendo natación y otros deportes acuáticos bajo la supervisión de salvavidas, y de tomar parte en otras actividades programadas como el manejo seguro de armas de fuego, equitación, tiro al arco, sogas bajas, actividades físicas, ejercicios, y otras actividades relacionadas, bajo la supervisión de instructores; exceptuando las limitaciones aquí descritas.
2. Por este medio doy mi autorización al personal médico seleccionado por el director del evento / actividad, de ordenar radiografía, exámenes de rutina o tratamientos médicos, para mi hijo(a) (o para mí, si tengo más de 18 años) como sea necesario médicamente. También doy mi permiso al participante de recibir medicinas sin receta si es necesario bajo la sugerencia del personal médico. Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles en contactar a los padres o guardiánes en el caso de que le ocurra una herida o enfermedad grave al niño. Si no puedo ser localizado en una emergencia, por este medio doy mi autorización al personal médico de hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, y/o anestesia y/o cirugía para mí o el participante mencionado en este formulario. Este formulario puede ser fotocopiado para ser usado fuera del lugar de este evento/ actividad.

FIRMADO: **X** _____ Fecha: _____
(Padre/ Guardián Legal, o participante mayor de 18 años)

Yo entiendo y estoy de acuerdo en obedecer las restricciones a mis actividades hechas por este formulario.

FIRMADO: **X** _____ Fecha: _____
(Participante menor de 18 años)

AUTORIZACIÓN SOBRE SALIDA

Yo doy mi autorización a la(s) siguiente(s) persona(s) de recoger mi hijo(a) al finalizar esta actividad de 4-H.

NOMBRE: _____ RELACIÓN A EL MIEMBRO DE 4-H _____

NOTA: A los participantes no se les permitirá salir con ninguna otra persona que no sea la persona designada arriba.

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA A RECOGER AL MIEMBRO DE 4-H _____ FECHA: _____