



EXTENSIÓN de la UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS: PROGRAMA 4-H

FORMULARIO DE SALUD PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 4-H

Se requiere esta información para garantizar que su hijo(a) reciba el mejor tratamiento posible en caso de un accidente, enfermedad u otra emergencia. El padre de familia o tutor legal debe llenar y firmar este formulario. Los participantes que tienen 18 años o más y los voluntarios adultos lo pueden llenar ellos mismos. **No se permite la participación en ninguna actividad de 4-H sin haber completado este formulario de salud.**

I. Datos Personales del Participante

Fecha de Hoy: _____

APELLIDO(S) PRIMER NOMBRE NOMBRE DEL CLUB

DIRECCIÓN: CALLE O APARTADO POSTAL PUEBLO O CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO FECHA DE NACIMIENTO

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO (OPCIONAL) NÚMERO DE POLIZA

II. Datos Personales del Padre de Familia o Tutor Legal

NOMBRE DEL PADRE CUSTODIAL o TUTOR: APELLIDO(S) PRIMER NOMBRE INICIAL

DIRECCION: CALLE O APARTADO POSTAL PUEBLO O CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELÉFONO (Casa) TELÉFONO (Trabajo) TELÉFONO MOVIL (Celular)

En caso de que no se pueda comunicar con el padre de familia o tutor legal, favor de llamar a:

NOMBRE TELÉFONO PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE

III. Historial Médico

| ENFERMEDAD | AÑO |
|------------------------|-------|
| Fatiga/Asma | _____ |
| Varicela | _____ |
| Apendicitis crónica | _____ |
| Diabetes | _____ |
| ADD/ADHD diagnosticado | _____ |
| Rubéola | _____ |
| Alergia al polen | _____ |
| Trauma craneal | _____ |
| Problemas de corazón | _____ |
| Problemas del riñón | _____ |
| Sarampión | _____ |
| Paperas | _____ |
| Trasplante | _____ |
| Tuberculosis | _____ |
| Otro (Especifique) | _____ |
| Salud mental | _____ |
| (Especifique) | _____ |

EI PARTICIPANTE TIENE TENDENCIA A:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Fatiga/Asma | <input type="checkbox"/> |
| Pie de atleta | <input type="checkbox"/> |
| Incontinencia nocturna | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> |
| Catarro | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos | <input type="checkbox"/> |
| Alergia al polen | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> |
| Sonambulismo | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de estomago | <input type="checkbox"/> |

SIGUE AL REVERSO....

REACCIONES ALÉRGICAS SERIAS

Picadura de abeja _____

Hiedra, roble o zumaque venenoso _____

Látex _____

Alergias a comida _____

Alergias a medicamentos _____

IV. Información Médica Adicional (Se puede adjuntar otra hoja para añadir los detalles necesarios)

1. ¿Operaciones quirúrgicas (cirugías) o enfermedades serias? _____ *Si responde sí, por favor describa*
2. ¿Medicamentos o tratamientos que usa actualmente? _____ *Si responde sí, por favor describa*
3. ¿Enfermedades que ha tenido en los últimos 12 meses? _____ *Si responde sí, por favor describa*
4. Describa cualquier complicación que proviene de una enfermedad o herida previa:
5. ¿Limitaciones que afectan su participación en actividades? _____ *Si responde sí, por favor describa:*
6. ¿Tiene usted una pregunta o preocupación sobre la salud de su hijo/a? _____
Si responde sí, por favor asegúrese que su hijo/a tenga un examen físico completo por un medico y entregue una declaración firmada por el doctor que da permiso para su participación. Adjunte a este formulario una copia de esa declaración.
7. Favor de proporcionar cualquier otro tipo de información que usted cree que un doctor, o el personal de 4-H, debería saber:
8. Favor de escribir el nombre y teléfono del médico de cabecera de su hijo(a) (si lo tiene disponible):

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO

- Yo estoy de acuerdo en proporcionar información actualizada a 4-H en cuanto a la condición médica de mi hijo(a) o el menor bajo tutela, la cual incluirá toda condición pre-existente, alergias, cambios en medicamento o en la condición medica, para que en caso de una emergencia que pueda afectar su participación regular en las actividades del programa, se pueda buscar ayuda médica apropiada.
- Yo entiendo que los líderes voluntarios y el personal de 4-H mantendrán esta información de manera confidencial y que solamente divulgarán tales formularios de salud al personal médico designado en caso de una emergencia, lo cual se autoriza con mi firma, abajo, como el padre o tutor legal.
- En caso de que mi hijo(a) o el menor bajo tutela tenga alergias u otra condición médica que requiera tratamiento auto-administrado, yo confirmo, al firmar este formulario, que se me ha informado de la posibilidad de que **no** haya personal médico presente en las actividades, y entiendo que un voluntario **no** está obligado a administrar tales medicamentos o tratamientos. Yo certifico que mi hijo(a) o el menor bajo mi tutela es capaz de administrarse su propio medicamento, o que yo, como el padre o tutor legal, estaré disponible, o mi representante designado (que tenga un mínimo de 18 años de edad) estará disponible para administrar tales medicamentos según sea necesario durante el transcurso de cualquier evento o actividad de 4-H.
Representante designado _____
Para ponerse en contacto: _____
- He leído la información tal como aparece en este documento; he proporcionado la información requerida; y he firmado el Formulario de Permiso y de Exoneración. Por la presente, autorizo cualquier examen o tratamiento necesario según sea recomendado o recetado por el médico de turno, en caso de una emergencia.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA