

Forma de Salud Para Miembros/Voluntarios de 4-H

(Por Favor Imprima)

Información del Miembro/Voluntario (Esta forma es para garantizar su seguridad y bienestar).

Apellido (s)	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro Género	/ / Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	() () Número de Teléfono

Contactos de Emergencia (Los contactos de emergencia serán notificados en el orden enumerado hasta que un contacto responda).

Nombre	Relación	Nombre	Relación
Dirección		Dirección	
Ciudad	Estado	Código Postal	
()	()	()	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Número de Teléfono	
()	()	()	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Número de Teléfono	

Alergias

Alimento (Enumere los alimentos)	¿Puede poner en peligro su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medicamento (Enumere los medicamentos)	¿Puede poner en peligro su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insecto (Enumere los insectos)	¿Puede poner en peligro su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otro (Enumere)	¿Puede poner en peligro su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Historial Médico

¿Cirugía previa / Hospitalización? Explique	Fecha
¿Discapacidad física? Explique	Fecha
¿Problemas de salud mental que requieren tratamiento? Explique	Fecha
¿Medicamentos y las condiciones para las cuales se prescriben?	Fecha
¿Hay algún otro historial médico que crea que deberíamos saber?	Fecha

Autorización del Padre o Guardián:

Reconozco que algunas actividades tienen un riesgo inherente que podría resultar en lesiones personales. La persona descrita aquí tiene permiso para participar en todas las actividades de 4-H, excepto cuando se indique lo contrario. Por favor enumere aquí:

Durante el programa, doy permiso para que el personal del programa administre la atención médica adecuada a mi hijo/tutelado en caso de accidente, enfermedad o lesión, incluidos los medicamentos sin receta o cualquier medicamento que mi hijo traiga en los envases originales con las instrucciones de dosificación que se proporciona al personal del programa. En caso de una emergencia, contacten al 911 y yo seré responsable de todos y cada uno de los costos de la cobertura médica y el tratamiento que no esté cubierto por el seguro de mi hijo.

Proveedor de Seguro:	Número de Poliza:
Firma del Padre o Guardián:	Fecha:
Nombre Impreso:	Fecha:

Consentimiento Para La Administración de Medicamentos

Si su hijo/tutelado tiene menos de 18 años mientras asiste a 4-H, es política del programa 4-H de la Universidad de Connecticut obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos médicos. El medicamento o dispositivo médico puede ser auto administrado o administrado por el personal profesional en el lugar.

Todos los medicamentos deben estar en un frasco de medicamentos y etiquetados con el nombre del participante, el nombre y número de teléfono del médico, el nombre del medicamento y la dosis. También debe completar el siguiente formulario:

_____ No se llevará ningún medicamento al evento nocturno de 4-H.

_____ Quiero que el medicamento o los dispositivos médicos se auto administren. (Se requiere una nota del médico para jóvenes menores de 13 años).

_____ Quiero que el proveedor del programa en el lugar administre el medicamento o el dispositivo médico.
Sin embargo, se puede llevar una cantidad limitada de medicamentos para condiciones que pongan en peligro la vida de mi hijo/tutelado (por ejemplo, kits para picaduras de abejas, inhaladores).

Nombre de Medicamento(s)	Médico que Prescribió el Medicamento	Número de Teléfono del Médico
--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Cantidad	¿Cómo se toma?	Horario Estándar de Administración
----------	----------------	------------------------------------

Día(s) Que Debe Ser Tomado el Medicamento	Instrucciones Especiales
---	--------------------------

Firma del Padre o Guardián:

Fecha: