



Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Jóvenes-

Escriba claramente toda la información en letra de imprenta.

(ESTA PÁGINA SE ENTREGA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD DEL PROGRAMA 4-H QUIEN LA MANTIENE EN LOS ARCHIVOS.)

Este Formulario de Autorización de Tratamiento Médico se autoriza y está vigente para todos los eventos y actividades de 4-H en las fechas específicas indicadas a continuación. (Nota: esta información se debe actualizar anualmente)

[Empty box for Name]

Nombre

[Empty box for Club Name]

Nombre del Club o Unidad

[Empty box for County and State]

Condado y estado

Del: 1 de Julio de 2020 Al: 31 de Diciembre del 2021

Padre/tutor legal

Nombre

Apellido

Celular

Teléfono del trabajo y extensión

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre y apellido:

Relación, parentesco:

Teléfono de casa/trabajo/otro:

Teléfono celular:

Durante el tiempo en que mi hijo(a) participe o viaje rumbo a y de regreso de este evento de 4-H, AUTORIZO POR MEDIO DE LA PRESENTE AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE 4-H O AL PERSONAL DE 4-H, o en su ausencia o discapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o ayude, QUE PERMITA QUE MI HIJO RECIBA EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE AQUÍ SE INDICA:

Cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado hospitalario que sea considerado recomendable y que se vaya a administrar bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Médicas, Sección 2000 y siguientes del Código de Negocios y Profesionales de California; o cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y cuidado hospitalario que vaya a ser administrado por un dentista licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Dentales, Sección 1600 y siguientes del Código de Negocios y Profesionales de California.

Doy esta autorización según las estipulaciones de la Sección 6910 de la Ley de la Familia de California. Esta autorización seguirá vigente hasta que mi hijo(a) concluya con las actividades de este programa, a menos que yo la revoque por escrito antes de ese momento. Tengo entendido que como su padre, madre o tutor, seré responsable por el costo de cualquier servicio o tratamiento que no esté cubierto por el Programa de Seguro para Accidentes y Enfermedad de 4-H patrocinado por Extensión Cooperativa de la UC.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por la presente, certifico que mi hijo(a) goza de buena salud y que puede viajar a y participar en todos los eventos y actividades del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H según lo descrito anteriormente. Tengo entendido que es mi responsabilidad informar a la oficina de 4-H del condado si hay algún cambio en la información incluida en este formulario (incluso el Historial Médico y cambios en la relación con los padres o tutor).

Firma del padre/tutor(guardián)

[Empty box for Date]

Fecha

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

No deseo firmar esta autorización y entiendo que al no firmarla, queda prohibido que mi hijo(a) reciba cualquier tipo de cuidado médico en caso de un accidente o enfermedad que no ponga en peligro su vida.

[Empty box for Date]

Firma del padre/tutor(guardián)

Fecha

La política de la Universidad y la Ley de 1977 de Prácticas de la Información del Estado de California exigen se proporcione la información a continuación siempre que se le pida información personal: La información que se incluya en este formulario se recaba bajo la autoridad de la Ley Smith-Lever. Usted brinda los datos médicos de manera voluntaria. Sin embargo, se requiere que firme en alguno de los dos recuadros anteriores. Dejar de proporcionar su autorización y la información médica, puede ocasionar que no podamos brindarle a su hijo(a) el tratamiento médico necesario. Usted tiene derecho de leer los registros de la Universidad que incluyan información personal suya o de su hijo(a), con ciertas excepciones establecidas por políticas y estatutos. Usted puede revisar una copia de las políticas de la Universidad referentes a la obtención, uso o diseminación de información personal pidiéndola al director de la oficina local de Extensión Cooperativa de la Universidad de California en su condado, al Asesor del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H, al Representante del Programa 4-H o al Director Estatal de 4-H en: California 4-H Youth Development Program, University of California, División de Agricultura y Recursos Naturales, oficina estatal de 4-H de California, 2801 Second Street, Davis, CA 95618-7774, (530) 750-1334, ca4h@ucanr.edu. Usted solo puede revisar sus propios records. Únicamente están a su disposición el registro de su hijo(a) o el suyo propio.



**Historial Médico -Escriba claramente toda la información en letra de imprenta.**

(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H QUIEN SE ENCARGARÁ DE GUARDARLA; TRITURAR AL CONCLUIR EL AÑO DEL PROGRAMA)

(Por favor anexa una o más paginas si necesitas más espacio)

Nombre

Apellido(s)

Condado

Fecha de nacimiento

Fecha de la vacuna más reciente contra el tétano: \_\_\_\_\_

No estoy seguro  Ninguna

Indique cuáles medicamentos sin receta autoriza a que se administren a su hijo(a) de ser necesario: (si está disponible)

- Para dolor/calentura (ex. Tylenol)
- Medicina para mareo/naúseas
- Antiácidos
- Ibuprofen (ex. Advil)
- Medicina para alergias (Benadryl)
- Pomada con antibiótico
- Supresor de tos
- Descongestionante
- Crema para la comezón

Otra: (Proporcionado por el padre/tutor legal) \_\_\_\_\_

Indique si tiene alguna condición de salud que el personal del programa deba saber al respecto para maximizar su participación y proteger su seguridad y bienestar:

marque este recuadro si no tiene nada que compartir.

Anote todos los medicamentos que toma actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?

Indique cualquier alergia que tenga, incluso a alimentos, a medicamentos y reacciones a medicamentos:

Por favor, incluya comentarios adicionales o instrucciones especiales que puedan ayudar al personal de servicios de emergencia.

Por favor indique aquí cualquier tipo de asistencia adicional que el joven vaya a necesitar para poder participar en este programa o actividad.

Nota: en algunos casos, se podría requerir una nota del doctor para confirmar la petición.

	Sí	No
¿Tiene el joven actualmente dificultades emocionales o de comportamiento que sería beneficioso para nosotros saber?		
¿Hay maneras de responder a los sentimientos negativos del joven que usted haya encontrado ser eficaces?		
¿Le gustaría compartir algún evento familiar importante que nos pueda ayudar a entender y apoyar el estado emocional del joven?		

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas, explique su respuesta en esta página.