



Información sobre el historial médico de los miembros jóvenes - Escriba toda la información de manera clara.
(ESTA PÁGINA ES ENTREGADA A Y RETENIDA POR LA OFICINA EN EL CONDADO DE 4-H; SE COMPARTE UNA COPIA CON EL LÍDER DEL CLUB/UNIDAD DE 4-H; SE DESTRUYE DESPUES DE UN AÑO EN EL PROGRAMA)

*Apellido legal

*Primer nombre legal

*Condado

* Fecha de nacimiento

***Alergias**

¿Tiene el participante de alguna alergia, incluyendo alimentos, medicamentos o reacciones a medicamentos?

Sí, proporcione detalles a continuación No

***Medicamentos autorizados**

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) Ibuprofen (ex. Advil) Supresor de tos
- Medicina para mareo/naúseas Medicina para alergias (Benadryl) Descongestionante
- Antiácidos Pomada con antibiótico Crema para la comezón
- Otra: (Proporcionado por el padre/tutor legal) _____

*Toma el participante algún medicamento en el presente? Sí, proporcione detalles a continuación No

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?

***Condiciones**

¿Tiene el participante alguna condición médica que es importante que el personal del programa conozca al respecto con el fin de maximizar su participación y asegurar su seguridad y bienestar?

Sí, proporcione detalles a continuación No

Vacunaciones

Aviso: El YDP 4-H de California promueve una vida saludable, incluyendo el cuidado preventivo de la salud como la vacunación contra enfermedades como lo recomienda el Departamento de Salud Pública de California, <https://www.cdph.ca.gov/>, y/o los Centros para el Control de Enfermedades. YDP 4-H de California no pide, ni mantiene, ni recaba información sobre el historial o estado de vacunación de los miembros jóvenes o adultos voluntarios. Por lo tanto, existe la posibilidad de que jóvenes y adultos que no han sido vacunados participen en los programas 4-H. Si les preocupa la posible exposición a enfermedades, como, pero sin limitarse a: sarampión, polio, varicela o COVID-19, por favor consultar con un médico. Para más información sobre las vacunas infantiles, visite <https://www.shotsforschool.org/k-12/>

***Observaciones**

¿El participante necesita ayuda adicional para poder participar en este programa o actividad?

Nota: en algunos casos, se requiere una nota del médico para confirmar la petición.

Sí, proporcione detalles a continuación No

¿ El joven tiene alguna dificultad emocional o de comportamiento que sería útil que conociéramos?

Sí, proporcione detalles a continuación No

¿Desea compartimos algún evento de la vida o la familia importante que nos ayude a apoyar el estado emocional actual del joven? Sí, proporcione detalles a continuación No

¿Hay algunas formas de responder a los estados de ánimo o sentimientos negativos del joven que usted sabe que son efectivos?

Sí, proporcione detalles a continuación No

¿Hay algunas observaciones adicionales e instrucciones especiales que puedan asistir mejor al personal de servicios de emergencia?

Sí, proporcione detalles a continuación No



Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Jóvenes/ Liberación Médica

Escriba toda la información de manera clara.

(ESTA PÁGINA ES ENTREGADA A Y RETENIDA POR LA OFICINA EN EL CONDADO DEL PROGRAMA 4-H , SE COMPARTE UNA COPIA CON EL LIDER DEL CLUB/UNIDAD DE 4-H; SE DESTRUYE DESPUES DE UN AÑO DEL PROGRAMA)

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)

*Nombre

*Apellido(s)

Nombre del Club o Unidad

Condado y estado

Del: **1 de Julio de 2022** Al: **31 de Diciembre del 2023**

PADRE/TUTOR LEGAL

*Nombre

Apellido

* Teléfono:

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: (Debe ser un adulto que no sea el padre / tutor)

* Nombre y apellido: _____ Correo electrónico: _____

*Relación, parentesco: _____ * Teléfono: _____

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 Profesiones 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 Profesiones de California.

Doy esta autorización según las estipulaciones de la Sección 6910 de la Ley de la Familia de California. Esta autorización debe permanecer efectiva hasta que mi hijo/a termine sus actividades en este programa a menos que sea revocada por escrito antes de tiempo 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)
(Si el joven tiene 18 años, puede firmar por sí mismo)

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.

Firma del padre/tutor(guardián)
(Si el joven tiene 18 años, puede firmar por sí mismo)

Fecha



Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Jóvenes/ Liberación Médica Escriba toda la información de manera clara. Página 2.

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.