



Historial de salud juvenil y Autorización para tratamiento (médico) - Escriba toda la información claramente. | Youth Health History & Treatment Authorization Form (Página 1)

(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)

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)

Fechas Válidas: **Julio 1, 2024 al Diciembre 31, 2025**

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.

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 Especialista en educación comunitaria (CES), Supervisor de Especialista en educación comunitaria (CES) o al 4-H Director de 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.

Información del miembro:

*Primer nombre legal _____ *Apellido legal _____
* Fecha de nacimiento _____ *Condado _____

PADRE(S)/TUTOR(S)

Padre/Tutor 1			
*Primer Nombre		* Apellido	
* Teléfono			
Padre/Tutor 2			
Primer Nombre		Apellido	
Teléfono			

Historial de salud juvenil y Autorización para tratamiento (médico) - Escriba toda la información claramente | 4-H Youth Member Health History and Treatment Authorization. (Página 2)

(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)

* Nombre y Apellido (en letra de molde)

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:

*Primer Nombre:

*Apellido:

*Relación:

*Teléfono:

Historia de salud:

***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) Medicina para alergias (ex. Benadryl) Medicina para mareo/naúseas

Antiácidos Supresor de tos Crema para la comezón

Pomada con antibiótico Descongestionante Ibuprofen (ex. Advil)

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

***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

Historial de salud juvenil y Autorización para tratamiento (médico) - Escriba toda la información claramente. | 4-H Youth Member Health History and Treatment Authorization (Página 3)

(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)

* Nombre y Apellido (en letra de molde)	
---	--

¿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

Vacunación

(Esta sección es solamente para miembros que asisten a un campamento de 4-H. El CA 4-H YDP no solicita información sobre el estatus o historial de vacunación, a menos que el miembro joven asista a un campamento.)

<u>¿Se ha puesto el joven la vacuna contra el tétanos?</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Si la respuesta es sí, por favor indique la fecha en la que la recibió:</u>
--	---

Por favor anote todas las vacunas recibidas:

<u>Vacunación</u>	<u>Fecha de recepción</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial de salud juvenil y Autorización para tratamiento (médico) - Escriba toda la información claramente | 4-H Youth Member Health History and Treatment Authorization. (Página 4)

Autorización de tratamiento:

***Debes elegir entre las opciones Autorizo o No Autorizo:**

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Por la presente certifico que mi hijo goza de buena salud y puede viajar y participar en todas las funciones del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H como se describe anteriormente. Soy el padre/tutor que tiene la custodia legal del miembro joven mencionado anteriormente, como se establece en la Sección 6550 del Código de Familia de California. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información en este formulario (incluido el historial de salud) comunicándome con County 4-H Oficina.

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

No deseo firmar esta autorización y comprendo que esto prohibirá que mi hijo reciba atención médica que no ponga en riesgo su vida en caso de enfermedad o accidente.

Historial de salud juvenil y Autorización para tratamiento (médico) - Escriba toda la información de manera clara. Página 3.

(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)

* Nombre completo del padre/tutor (letra de imprenta)	
** Firma del padre/tutor(guardián) (Si el joven tiene 18 años, puede firmar por sí mismo)	*Fecha