

Formulario Oficial de Salud de 4-H

Condado/Municipio _____

Tipo de actividad: Condado Estatal Regional Nacional (marque una)

Nombre del evento o actividad: _____

Nombre del Participante: _____
 Apellido 1º Nombre Inicial del 2º Nombre

Domicilio: _____
 Domicilio Con la Calle Donde Vive

 Ciudad Estado Código Postal

Participante es: Adulto Joven, Mujer Hombre, _____
 Grado Fecha de Nacimiento Teléfono de Casa

Contacto de Emergencia: _____
 Nombre Relación con Participante

 Teléfono de Día Teléfono de Tarde

 Teléfono Móvil Otro Teléfono

Declaración de Salud (Este formulario debe llenarlo un adulto participante, médico o los padres)

¿Actualmente está el participante bajo tratamiento médico? (describa)	Si	No	¿Ha tenido el participante historial de enfermedades respiratorias?	Si	No
¿Tiene el participante diabetes?	Si	No	¿Es sujetó el participante a ataques de cualquier tipo?	Si	No
¿Última fecha de la vacuna del tétano?					
¿Ay alguna condición médica (condición cardiaca) o malformación existente que pueda requerir tratamiento o que pueda afectar la participación del participante en este programa?				Si	No
¿Últimamente ha tenido el participante operaciones quirúrgicas o accidentes o ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa en las últimas dos semanas? (Haga el favor de traer una notificación a esta actividad de estos cambios antes del evento)				Si	No
¿Tiene el participante alguna alergia o restricciones alimenticias? Si, sí por favor describa:				Si	No
Nombre de todos los medicamentos:					
Nombre y teléfono del médico					

Acomodaciones*: OSU y el 4-H Youth Development Program no discrimina en contra de participantes competentes con discapacidades basándose en su discapacidad. ¿Hay algunas acomodaciones que usted está solicitando para usted o su hijo(a) para que pueda participar en el 4-H Youth Development Program?
 Si _____ No _____ Si, sí, por favor describa: _____

*Acomodaciones pueden incluir: impedimento del habla, auditivo, o visión que puedan afectar la participación, problema de conducta o disturbios emocionales o cambios de carácter severamente anormales, el caminar dormido, la habilidad de cargar objetos pesados, participar en viajes agotadores o trabajo físico.

Como padre o guardián, si mi hijo(a) necesita atención médica, comprendo que se hará todo intento de comunicarse conmigo. Por este medio doy permiso al personal médico seleccionado por la persona encargada del evento de 4-H que ordene radiografías, exámenes de rutina, tratamiento, dar cualquier documento necesario y proveer o arreglar cualquier transportación necesaria relacionada con la persona nombra en este formulario. También, a través de este medio doy permiso para que el médico escogido por la persona encargada del evento de 4-H para que hospitalice, adquiera tratamiento de emergencia para, y ordene inyecciones, anestesia o cirugía para mí mismo(a) o mi hijo(a) nombrado(a) en este formulario. Yo asumiré toda obligación financiera que no sea cubierta por el seguro de 4-H.

 Firma de Uno de los Padres o Tutores o Adulto Participante

 Fecha