

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN 4-H DE OREGON - VOLUNTARIO

La inscripción no estará completa hasta que se entreguen el código de ética y los formularios de salud y se paguen todas las cuotas.

Apellidos _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Nombre preferido: _____		
Correo electrónico _____		
Teléfono principal _____	Teléfono móvil _____	Otro teléfono _____
Dirección _____		Ciudad _____
Estado _____	Código postal _____	Ciudad o comunidad _____

¿Tienes cuestiones de salud? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Explica: \_\_\_\_\_

Ocupación (opcional) \_\_\_\_\_ Nivel más alto de estudios (opcional) \_\_\_\_\_

¿Tienes familiares militares? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿en qué rama? \_\_\_\_\_

¿Quieres que se te envíe por correo electrónico el boletín de noticias de tu condado? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Preferirías que el Consejo Nacional de 4-H no se comunique contigo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Años en 4-H (incluyendo este año) \_\_\_\_\_ ¿Has estado en 4-H en Oregon? Sí \_\_\_ No \_\_\_

<b>Origen étnico:</b> No hispano ___ Hispano ___	<b>Género:</b> Femenino ___ Masculino ___		
<b>Residencia:</b>			
Granja ___ Poblado pequeño (menos de 10 000) ___	Poblado grande (10 000 a 50 000) ___		
Suburbios (más de 50 000) ___	Ciudad (más de 50 000) ___		
<b>Raza (marca todas las que correspondan):</b>			
Caucásica ___	Negra ___	Indígena americano o nativo de Alaska ___	Asiática ___
Hawaiana o isleña del Pacífico ___	Restante/Otro ___	Prefiero no indicarla ___	

El Servicio de Extensión de Oregon State University ofrece programas, actividades y materiales educativos (*sin importar la raza, la religión, el sexo, la orientación sexual, la nacionalidad, la edad, el estado civil, la discapacidad o el estado de veterano de guerra discapacitado o de la era de Vietnam*) tal como lo exigen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. El Servicio de Extensión de Oregon State University es un empleador que ofrece igualdad de empleo. El Servicio de Extensión ofrece sus programas y materiales por igual a todas las personas. Se harán arreglos razonables para que aquellas personas con discapacidades físicas o mentales puedan asistir a los programas de Extensión. Comunícate de antemano con la oficina de Extensión para hacer los arreglos. Programas de Desarrollo Agrícola, Familiar y Comunitario, Juvenil 4-H, Silvícola y de Subvención Marina de Extensión. Oregon State University, en la colaboración del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN 4-H DE OREGON - VOLUNTARIO

*La inscripción no estará completa hasta que se entreguen el código de ética y los formularios de salud y se paguen todas las cuotas.*

Nombre del club	¿Club principal? (marca solo uno)

Nombre del proyecto	¿Años en el proyecto?



CONDICIONES DEL SERVICIO VOLUNTARIO

Servicios para el riesgo empresarial
(541) 737-7252
risk.oregonstate.edu
Página 1 de 2

Actividad: Fecha(s):

En este documento se señalan las condiciones de su servicio voluntario, los riesgos que asume y el alcance de la cobertura del seguro de OSU para voluntarios que trabajan en Oregon State University (OSU). Lea con atención y firme ambas caras para aceptar las condiciones del servicio voluntario y para asumir los riesgos relacionados a su actividad de voluntario (de ahora en más, la ACTIVIDAD).

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

OSU lo indemnizará y lo defenderá en causas civiles en su contra por daños o perjuicios a la persona o propiedad de terceros, sujeto a las condiciones generales a continuación: (1) Trabaja en una tarea de OSU asignada por un supervisor autorizado de OSU; (2) Limita sus acciones a las tareas asignadas (definición en la sección de tareas asignadas a continuación); y (3) Realiza las tareas asignadas de buena fe y no actúa de manera imprudente o con la intención de dañar a otros ilegalmente.

RESPONSABILIDAD SOBRE VEHÍCULO AUTOMOTOR

Si utiliza un vehículo de su propiedad para la realización de tareas, debe contar con un seguro de responsabilidad civil para automóviles en conformidad con la ley de Oregón. Su seguro personal será la cobertura principal en caso de cualquier accidente en el que esté involucrado el vehículo de su propiedad que conduce. El seguro de responsabilidad civil que suministra Oregon State University podría aplicarse solo de forma limitada luego de que se utilicen los límites de su cobertura principal y solo si aplican las condiciones de indemnización establecidas anteriormente. Usted DEBE contar con una licencia de conducir válida.

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

No se brinda seguro de accidentes de trabajo para los voluntarios de OSU.

NORMAS Y REGLAMENTO DE LA UNIVERSIDAD

Actuará de manera considerada con otros participantes y en conformidad con las normas y el reglamento de OSU (inclusive el Código de conducta estudiantil, según corresponda) y cualquier ley o norma aplicable del estado o la ciudad donde se realice la ACTIVIDAD.

MEDIOS DE GRABACIÓN

Reconozco que la Universidad podría grabar mi participación y aparición en medios de grabación que incluye, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "grabaciones") para cualquier uso (que incluye, entre otros, publicaciones, sitios web, blogs, Internet, redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito que la Universidad utilice mi nombre, la reproducción de mi persona, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones en parte o en su totalidad sin restricciones o limitaciones por cualquier motivo educativo o promocional. Si desea excluirse de esta sección, solicite la divulgación de exclusión de foto a su supervisor de OSU.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR

Cuando está involucrado en un accidente o está expuesto a una situación potencial de responsabilidad mientras realiza las tareas asignadas, DEBE informar a su supervisor de OSU lo antes posible. El supervisor debe contactarse con el Representante de reclamos de OSU en Servicios para el riesgo empresarial al (541) 737-7350 dentro de las 24 horas.

TAREAS ASIGNADAS (describa a continuación o en una hoja adicional adjunta. No se pueden aceptar los formularios que no contengan esta información).

TOTAL DE HORAS DE VOLUNTARIADO: El cálculo del total de horas para la duración de esta actividad por hasta 12 meses.

HE LEÍDO Y ENTENDÍ LAS TAREAS ARRIBA MENCIONADAS Y LAS CONDICIONES DEL SERVICIO VOLUNTARIO.

Nombre del voluntario (en imprenta): Número de teléfono:

Dirección: Ciudad: Estado:

Firma del voluntario: Fecha:

Nombre del supervisor de OSU: Número de teléfono:

Unidad/Departamento:

Firma del supervisor de OSU: Fecha:

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO



ASUNCIÓN DE RIESGOS DEL VOLUNTARIO

Servicios para el riesgo empresarial
(541) 737-7252
risk.oregonstate.edu
Página 2 de 2

Actividad: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Lea con atención:

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que involucra la ACTIVIDAD, participo de forma voluntaria de la ACTIVIDAD y asumo las responsabilidades y riesgos resultantes de mi participación. Como voluntario autorizado de OSU, entiendo que OSU brindará cobertura de responsabilidad según se detalló anteriormente. Yo, a mi nombre, el de mis herederos, albaceas, administradores y causahabientes, renuncio a mis derechos, libero y exonero para siempre a Oregon State University y a sus miembros de la junta directiva, directivos, empleados, agentes y voluntarios de todos y cada uno de los reclamos o las demandas por daños o perjuicios, de cualquier causa o juicio, conocido o desconocido, que pueda entablar en contra de Oregon State University, los miembros de la junta directiva, directivos, empleados, agentes o voluntarios incluyendo, en forma enunciativa y no limitativa, a partir de toda responsabilidad según la Ley de reclamos civiles extracontractuales de Oregon, ORS 30.260 - 30.300, y de todos y cada uno de los daños o perjuicios a mi salud de cualquier manera resultantes de mis actividades de voluntariado. Esta exención no extiende ni dispensa ningún derecho que tenga bajo la Ley de reclamos civiles extracontractuales de Oregon, ORS 30.260 - 30.300 para defenderme o para recibir indemnización por cualquier demanda, reclamo o causa en mi contra o por cualquier responsabilidad que posea a partir de mis actividades de voluntariado autorizadas.

Certifico que no hay razón o problema de salud alguno que impida o restrinja mi capacidad de ser voluntario de la Universidad. Entiendo que pueden surgir emergencias que requieran la administración de atención médica. Por lo tanto, en caso de lesiones o de enfermedad, autorizo a la Universidad a facilitar medios para garantizar el tratamiento médico apropiado. Entiendo que yo pagaré la totalidad de dicho tratamiento. A pesar de lo expresado en este párrafo, entiendo y acepto que la Universidad no tiene obligación alguna de brindar o buscar tratamientos médicos. También autorizo a la Universidad a contactar a la persona designada como contacto de emergencia en el caso de una emergencia.

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Declaro que tengo dieciocho años de edad o más, que he leído este acuerdo en su totalidad y que entiendo las disposiciones arriba mencionadas y que acepto estar vinculado a ellas.

Entiendo que al firmar este acuerdo, estoy renunciando al derecho a reclamar y a otros derechos importantes que incluyen mi derecho a demandar.

Nombre del voluntario (en imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS:
AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO CON EL ACUERDO DE LOS PADRES O TUTORES.

Yo, \_\_\_\_\_ como padre, madre o tutor legal, concedo mi permiso para \_\_\_\_\_ realizar trabajo voluntario para Oregon State University (OSU). En caso de emergencia, accidente o enfermedad, autorizo a OSU y a sus empleados a administrar atención médica de emergencia a mi hijo o hija y, de ser necesario, a garantizar servicios médicos de emergencia y a realizar gastos por los cuales seré responsable. Mi firma a continuación representa mi lectura, comprensión y consentimiento con este acuerdo.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Complete un nuevo formulario cada 12 meses para un servicio voluntario en curso, cuando realice servicio voluntario en otra actividad o cuando las tareas del voluntariado cambien. Este formulario debe permanecer en el departamento donde se realizan las tareas del voluntariado y debe guardarse en cumplimiento con los requisitos de conservación de OSU.

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO

Tipo de actividad:  Condado/área  Estado  Región  Nacional (marque uno)

Nombre del evento o actividad \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

El participante es:  Adulto  Joven  Hombre  Mujer

Grado

Fecha de Nacimiento

Teléfono de casa

Otro teléfono

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre

Relación

Teléfono de día

Teléfono de noche

Celular

Otro teléfono

**Declaración de Salud** (Esta parte debe ser llenada por el participante o sus padres/tutores)

Tiene el participante una dieta restringida? Si la respuesta es sí, descríbalas:	Si	No
----------------------------------------------------------------------------------	----	----

Padece el participante algún tipo de alergia? Si la respuesta es sí, anote el tipo de alergia.	Si	No
------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

Anote el nombre de todos los medicamentos:

Anote el nombre y número de teléfono de su doctor:

Como padre o tutor, si mi hijo(a) necesita atención médica, estoy informado(a) que todo esfuerzo será hecho para contactarme en caso de emergencia. Autorizo al personal médico seleccionado por la persona a cargo del evento 4-H para ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento médico, liberar cualquier registro necesario y para proporcionar o coordinar el transporte necesario para la persona cuyo nombre aparece en este formulario. Doy permiso al médico seleccionado por la persona a cargo del evento 4-H para hospitalizar, asegurar tratamiento de emergencia para, administrar inyecciones, anestesia y cirugía para mi hijo(a) nombrado en este formulario o para mí. Yo asumiré todas las obligaciones financieras incurridas que no están cubiertas por un seguro de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, tutor o participante adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Acuerdo de adultos

## Código de ética de 4-H

El propósito del *Acuerdo de adultos* es comunicar y aclarar las responsabilidades de seguridad y bienestar de todos los participantes en los programas del Servicio de Extensión de Oregon State University. La oportunidad de representar al Servicio de Extensión de OSU y trabajar con jóvenes en el programa 4-H es un rol privilegiado que solo podrán asumir quienes estén dispuestos a comportarse de una manera que cumpla con esta confianza.

### **Como voluntario del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de OSU, convengo en:**

1. Enfocarme en la misión educativa de una universidad establecida conforme a una concesión de tierras del gobierno, incluyendo las políticas de igualdad de oportunidades y de no discriminación. (*Ver abajo*).
2. Obedecer las leyes locales, estatales y federales. Seguir los lineamientos específicos establecidos para los programas 4-H de condados, estatales y nacionales.
3. Aceptar el apoyo o la supervisión del personal del Servicio de Extensión o de las personas que designen.
4. Tratar a los demás con cortesía. Ser un modelo a seguir positivo. Exhibir buen espíritu deportivo.
5. Establecer y mantener ambientes seguros para todos los participantes. Actuar con responsabilidad para proteger a todos los participantes. Limitar la comunicación de información confidencial (por ejemplo, formularios de salud, situaciones familiares) a quienes tengan la necesidad de conocerla.
6. Atender las necesidades físicas y emocionales de los participantes durante los programas. No negar necesidades ni usar castigos físicos o verbales. Comunicar que el maltrato verbal, emocional o físico es inaceptable. Denunciar las sospechas de abuso de las que tenga conocimiento durante los programas del Servicio de Extensión a fin de proteger a aquellos que no pueden protegerse por sí mismos.
7. No consumir alcohol, marihuana ni otras drogas psicotrópicas, ni estar bajo su efecto, mientras se es responsable de programas 4-H o juveniles.
8. Manejar los fondos y la recaudación de fondos de manera ética, de conformidad con los reglamentos federales, estatales y universitarios. (Los fondos y el equipo de 4-H son activos públicos, no para uso privado. Las actividades de recaudación de fondos deben ser aprobadas por el personal del Servicio de Extensión; los fondos de 4-H deben gastarse para fines educativos; los fondos del grupo **no** deben depositarse en una cuenta bancaria privada).
9. Manejar el equipo y la maquinaria de manera segura y responsable. Operar los vehículos únicamente con una licencia de operación válida y la cobertura de seguro requerida legalmente.
10. Tratar a los animales con compasión y brindarles el cuidado apropiado. Enseñarles a los demás a hacer lo mismo.

*He leído y entendido el Acuerdo para adultos del programa 4-H de OSU y acuerdo cumplirlo. Entiendo y convengo en que toda acción de mi parte que contradiga cualquier parte de estas expectativas podrá ser motivo para el rechazo, la suspensión o la terminación de mi rol como voluntario en el Programa de Desarrollo Juvenil del Servicio de Extensión de OSU.*

---

Nombre (con letra de molde) del voluntario adulto

Fecha

---

Firma del voluntario adulto

Fecha

Revisado en julio de 2017, M. Lesmeister  
Revisado por: P. Rose, D. Hart, R. Dixon, M. Livesay, D. White

El Servicio de Extensión de Oregon State University ofrece programas, actividades y materiales educativos sin discriminación por edad, color de piel, discapacidad, situación familiar o parental, identidad o expresión de género, información genética, estado civil, nacionalidad, creencias políticas, raza, religión, represalias, sexo, orientación sexual, situación de veterano de guerra o porque la totalidad o una parte de los ingresos de una persona se deriven de programas de asistencia pública. El Servicio de Extensión de Oregon State cumple con los requisitos de acción afirmativa, igualdad de oportunidades de empleo, veteranos de guerra y personas discapacitadas.