

Universidad de Wisconsin–Extensión

Formulario de salud para eventos juveniles 2016

Nombre del evento: _____

Fechas: _____

Nombre del (de la) joven: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad en el 1^{er} día del evento _____ Sexo: M F

Padre (madre) custodio(a)/tutor legal o esposo(a) _____ Dirección electrónica: _____

Números de teléfono: Casa (____)____ - ____ Trabajo (____)____ - ____ Celular (____)____ - ____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código

Segundo(a) padre (madre)/tutor legal y(o) contacto de emergencia: _____ Teléfono Casa: (____)____ - ____ Trabajo (____)____ - ____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código

Sí	No	Problemas de salud (marque)	Sí	No	Alergias	Lista de detalles específicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognitivo/de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Requiere alguna alergia una inyección de EPIPEN?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún mareo, desvanecimiento o desmayo asociado con ejercicio durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Necesita y debe llevar insulina el joven o la joven?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algún latido cardíaco sin explicación, rápido o irregular durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Necesita y tiene que llevar un inhalador el joven o la joven?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un médico ha prohibido o limitado la participación en deportes debido a un problema del corazón.	Fecha del último refuerzo contra el tétano: _____			

Compañía de seguros: _____ Número de póliza de seguro: _____

Medicamentos que el campista tomará durante el evento o campamento:

Medicamento #1	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono

Describe efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):

Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:

Medicamento #2	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono

Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):

Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:

Medicamento #3	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono

Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):

Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:

Medicamento #4	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono

Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):

Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:

Es posible que los programas tengan una cantidad limitada de medicamentos que no requieren receta. Escoja los medicamentos que se pueden administrar, si están disponibles.

Acetaminofen (Tylenol): Sí No

Crema de hidrocortisona (anti-comezón): Sí No

Benadryl: Sí No

Ibuprofen: Sí No

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Si su hijo, hija o pupilo será menor de 18 años cuando participe en un evento, campamento o programa de University of Wisconsin-Extension, es la política de los eventos, campamentos o programas obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos médicos. El medicamento o dispositivo médico debe ser administrado por personal de salud designado del evento, campamento o programa con la excepción de que una cantidad limitada de medicamento para afecciones potencialmente mortales puede ser llevada y administrada por su hijo, hija o pupilo(a) (por ejemplo, equipo para picaduras de abeja, inhalador, jeringa de insulina).

Es la política del evento o campamento obtener con su firma abajo su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos. Por favor marque todas las afirmaciones pertinentes:

Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se ha traído ningún medicamento al evento o campamento.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ha(n) traído medicamento(s) recetado(s) al evento o campamento. Todos los medicamentos recetados deben estar en la botella de medicamento original y con una etiqueta con el nombre del joven participante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, dosis, número de la receta, fecha en que se recetó e instrucciones. Además, información sobre medicamentos recetados debe ser proporcionada por escrito al empleado de salud del evento o campamento con la información que se pide en una sección posterior de este formulario.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se han traído medicamentos sin receta al evento o campamento y pueden ser administrados por un empleado de salud del evento o campamento según sea necesario. Todos los medicamentos sin receta deben llevar una etiqueta con el nombre del joven o de la joven participante, el nombre del medicamento, la dosis e instrucciones.	

Si su hijo, hija o pupilo(a) será menor de 18 cuando esté en el evento o campamento, es nuestra política obtener su consentimiento para **todo lo que aparece a continuación. Al firmar abajo,**

- Doy mi consentimiento por adelantado para tratamiento médico en un centro médico apropiado en caso de enfermedad o lesión.
- Declaro que estoy consciente de y acepto el riesgo inherente en las actividades del programa.
- Testifico que toda la información en este formulario es correcta y actualizada y que proporcionaré todas las modificaciones substanciales e importantes a cualquier información en este formulario a empleados del evento o campamento a más tardar en el momento de llegada.
- Me comprometo a eximir de responsabilidad e indemnizar a Board of Regents of the University of Wisconsin System (el Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin), y a University of Wisconsin-Extension (la Universidad de Wisconsin-Extensión), sus directivos, agentes y empleados de toda responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos sufridos, incurridos o requeridos como resultado de acciones de mi hijo, hija o pupilo(a) en el curso del evento o campamento.

Nombre del participante (por favor escriba con letras de molde)

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Fecha

Éste es el formulario aprobado para eventos y campamentos de 4-H.