

Formulario médico para adultos de Alabama 4-H

Nombre _____
 Apellido _____ Nombre _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Mujer Varón
 Mes/ Día/ Año
 Dirección particular _____
 Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____
 Teléfono () _____
 Correo electrónico _____
 Teléfono celular () _____
 Contacto de emergencia principal _____
 Teléfono(s) () _____
 Contacto de emergencia alternativo _____
 Teléfono(s) () _____
 Médico _____
 Teléfono () _____
 Compañía de Seguro Médico _____
 N° de póliza _____
 Nombre del asegurado _____
 Relación con el participante _____
PROPORCIONE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

El que suscribe, _____
 comprende que si se produce una enfermedad o lesión grave, se
 proporcionará atención médica y/o hospitalaria. Por medio del
 presente otorgo permiso al médico tratante u otro profesional de
 atención médica para hospitalizarme, brindarme el tratamiento
 adecuado e indicarme inyecciones, anestesia o cirugía, y afirmo
 que la información contenida en los Antecedentes médicos es
 veraz y correcta en mi leal saber y entender. Comprendo que seré
 responsable del costo del servicio o tratamiento.

Por medio del presente, admito que comprendo los
 riesgos o se me ha dado la oportunidad de pedir información
 relativa a los riesgos que implica esta actividad, asumo todos los
 riesgos y eximo a Alabama 4-H, al Servicio de Extensión Coop-
 erativa de Alabama, a las oficinas de Extensión locales, la
 Universidad de Auburn y la Universidad A&M de Alabama, al
 estado de Alabama, la Fundación Alabama 4-H y el Centro de
 desarrollo de la juventud de 4-H, y a sus fiduciarios, agentes,
 oficiales y empleados, de todos los reclamos, demandas y
 derechos de acción de cualquier tipo, incluidas las demandas por
 negligencia que pudieran surgir de mi participación en cualquiera
 de las actividades patrocinadas por Alabama 4-H, y esta exención
 se otorga especialmente en relación a los servicios, los programas
 y las actividades.

Firma _____ Fecha _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?
 Marque Sí o No para cada ítem.
 Explique cualquier respuesta **afirmativa** (indicando el número
 del ítem) en el espacio de abajo o **en una hoja de papel
 aparte**. Informar una afección médica no evitará que participe y
 la información se mantendrá confidencial.

	Sí	No
1. Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Desmayos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Afección cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dolores de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hipoglucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Picaduras graves de insectos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Uso de anteojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Uso de lentes de contacto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Otras afecciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alergia a la penicilina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alergia a la aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Alergia a la vacuna antitetánica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Otras alergias a fármacos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Alergias alimentarias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Erupción grave por hiedras, robles o zumaques venenosos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Otras alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de la última vacuna antitetánica ____/____/____

Explique las respuestas **afirmativas** y proporcione información sobre
medicamentos actuales, problemas médicos recientes (incluidas lesiones
 y cirugías), reacciones alérgicas, restricciones alimenticias especiales,
 alguna actividad específica que se deba restringir y otros comentarios.



El Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama (Universidad A&M
 de Alabama y Universidad de Auburn) es educador y empleador que
 promueve la igualdad de oportunidades. ¡Son todos bienvenidos!
 © 2020 por el Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama.
 Todos los derechos reservados. www.aces.edu

[Este casillero debe ser completado por el personal de ACES]

Condado: _____ Fecha de recepción del condado: ____/____/____