



Confidencial
Formulario Médico para Adultos de Alabama 4-H



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

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

Nombre: _____
Apellido Nombre

Edad: ____ Mujer Varón Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Dirección Particular: _____
Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono Particular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Celéfono Celular: (____) _____

Contacto de Emergencia Principal:

Teléfono(s): (____) _____

Contacto de Emergencia Alternativo:

Teléfono(s): (____) _____

Médico: _____

Teléfono: (____) _____

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.

	<i>Sí</i>	<i>No</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Alergia a la Vacuna Antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otras Alergias a Fármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Alergias Alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Erupción Grave por Hiedras, Robles o Zumaques Venenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Otras Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la Última Vacuna Antitetánica: ____ / ____ / ____		
7. Afección Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.		
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"/>			

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 Cooperativa 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:** _____