



# Confidencial

## Formulario Médico para Adultos de Alabama 4-H

**extension**  
ALABAMA A&M & AUBURN UNIVERSITIES

[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.

	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
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 <b>afirmativas</b> y proporcione información sobre <b>medicamentos actuales</b> , 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 será 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: \_\_\_\_\_

Este formulario es válido por **un año a partir de la firma del mismo**. Por favor actualice toda la información médica o de otro tipo según corresponda.

El Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama (Universidad A&M de Alabama y Universidad de Auburn) un educador, empleado y prestador de servicios que promueve la igualdad de oportunidades. Las marcas y nombres comerciales se proporcionan con fines exclusivamente informativos. El Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama no pretende ni deja implícita ninguna garantía, aval o discriminación entre productos comparables. **Revisado en julio 2024**, 4HYD-2199-S © 2024 por el Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama. Todos los derechos reservados. [www.aces.edu](http://www.aces.edu)

4HYD-2199-S