



Formulario de autorización para jóvenes 4-H de Alabama



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

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

Todos los elementos de este formulario **deben** ser completados en su totalidad por el participante y su padre, madre o tutor. Si un elemento **no es aplicable** o no corresponde **ninguno**, indíquelo utilizando **N/A** o **Ninguno** (por ejemplo: *sin médico de familia*). Si este formulario no se completa en su totalidad, el joven no podrá participar en las actividades de 4-H.

Nombre del/de la joven: _____
Apellido Nombre

Edad: ____ Femenino: ____ Masculino ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Dirección particular: _____
Ciudad Estado C. P.

Teléfono fijo: (____) _____ Teléfono(s): (____) _____

Teléfono laboral del padre/tutor: (____) _____ Teléfono(s): _____

Correo electrónico familiar: _____

Contacto principal en caso de emergencia:

Contacto alternativo en caso de emergencia:

Médico del joven: _____

Teléfono: (____) _____

Historia médica

¿El joven ha padecido alguna de las siguientes condiciones? Marque **Sí** o **No** en cada caso.

Explique cualquier **respuesta afirmativa** (indicando el número del punto) en el espacio proporcionado **o en papel aparte**. Notificar un problema de salud no le impedirá participar y será 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. Infección de oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cardiopatía | <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 gafas | <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 al tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Otras alergias a medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Intoxicación grave por hiedra, roble o zumaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Otras alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fecha de la última vacuna antitetánica: ____ / ____ / ____

Por favor, explique las **respuestas afirmativas** y facilite información sobre **medicación actual**, problemas médicos recientes (incluidas lesiones y operaciones), reacciones alérgicas, restricciones especiales en la dieta, cualquier actividad específica que deba restringirse y otros comentarios.

Estos medicamentos de venta libre o sus equivalentes genéricos pueden ser administrados a mi hijo sin ponerse en contacto conmigo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamínico (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Antiácido |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) | <input type="checkbox"/> Paracetamol (Tylenol) |
| <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol | <input type="checkbox"/> Descongestivo |
| <input type="checkbox"/> Aspirina infantil | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona |
| <input type="checkbox"/> Crema antibiótica (Polysporin) | |

Por favor, póngase en contacto conmigo para obtener autorización antes de administrar cualquier medicamento sin receta.

Código de conducta juvenil de Alabama 4-H

- Mantendré un buen temperamento y comportamiento; mostraré honradez, responsabilidad, respeto, solidaridad, civismo e imparcialidad.
- Valoraré los derechos de todos los demás. Como miembro de 4-H, me comprometo a respetar con las políticas del Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama, la Universidad de Auburn y la Universidad A&M de Alabama.
- Me comportaré y dirigiré a los demás de manera respetuosa. No utilizaré un lenguaje que menosprecie a los demás o que sea irrespetuoso de las diferencias individuales.
- Me vestiré adecuadamente. La vestimenta, incluidos los accesorios, no deben contener imágenes o palabras que impliquen desnudez, sexo, armas, violencia, drogas, alcohol o tabaco.
- No vestiré ni utilizaré prendas, accesorios ni equipamientos con imágenes desde el punto de vista cultural o racial. Estos violan los valores de respeto, imparcialidad y solidaridad de 4-H y no serán permitidos.
- Asistiré a todas las sesiones de los programas planificados.
- Responderé con entusiasmo a las solicitudes razonables de los líderes y cumpliré con las necesidades de seguridad personal.
- No consumiré alcohol, drogas ni tabaco, ni permaneceré en presencia de alguien que los consuma.
- No me comportaré imprudentemente ni incurriré en conductas sexuales indebidas, agresiones, amenazas o daño a otras personas, ni en abuso de la propiedad pública o privada.
- Cuando tenga acceso a computadoras en las instalaciones de la Extensión, las utilizaré con fines educativos y no accederé a sitios web inapropiados.
- Reconozco que estas pautas no son exhaustivas y que el Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama puede hacer cambios a estas políticas.

MIEMBRO: *He leído el Código de conducta juvenil de Alabama 4-H y acepto estar a la altura de las expectativas. Soy consciente de que si no lo hago, podría perder mis privilegios durante el evento o en el futuro, y podría ser enviado a mi hogar en detrimento de de mi(s) padre(s) o tutor(es).*

Firma del miembro 4-H: _____

Fecha: _____

Autorización para divulgación publicitaria

- Autorizo a Alabama 4-H o a las personas que este designe a grabar o fotografiar mi imagen y/o voz y las de mi hijo/a (si es menor de 19 años) para su uso en programas de investigación, educación y promoción y, por la presente, cedo todos los derechos a perpetuidad de dichas grabaciones, fotografías, videos u otros medios, incluidos entre otros a Alabama 4-H o a las personas que este designe. También reconozco que dichas grabaciones de audio, video e imagen son propiedad de Alabama 4-H.
- No, no autorizo el uso de mi imagen o voz personal, ni la de mi hijo/a.

Verificación

Yo, _____
(padre/tutor)

comprendo que los participantes serán supervisados y que si contrae una enfermedad o se produce una o lesión grave, se prestará atención médica y/o hospitalaria. Por el presente autorizo al médico tratante o a otro profesional de la salud a hospitalizarme, administrarme el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mí o para mi hijo/a, y afirmo que la información que figura en la historia médica es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que como padre/madre/tutor legal, seré responsable del costo del servicio o del tratamiento.

Firma del miembro 4-H: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

He leído y comprendo el Código de conducta, la Autorización para divulgación publicitaria y la Autorización para la realización de encuestas y evaluaciones para jóvenes de Alabama 4-H.

Firma del miembro 4-H: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha: _____

Por el presente acepto que comprendo los riesgos o que se me ha dado la oportunidad de solicitar información sobre los riesgos que implica esta actividad y asumo todos los riesgos y libero a Alabama 4-H, el Sistema de Extensión Cooperativa de Alabama, las oficinas locales de la Extensión, la Universidad de Auburn, la Universidad A&M de Alabama, el Estado de Alabama, la Fundación 4-H de Alabama y el Centro de Desarrollo Juvenil 4-H, y sus fideicomisarios, agentes, funcionarios y empleados, de todas las reclamaciones, demandas y causas de acción de cualquier tipo, incluidas las reclamaciones por negligencia, que puedan surgir de la participación mía o de mi hijo/a menor de edad en cualquier actividad patrocinada por Alabama 4-H, y esta exención se otorga específicamente en consideración de los servicios, programas y actividades.

Firma del miembro 4-H: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Autorización para la realización de encuestas y evaluaciones

- Por el presente autorizo a mi hijo/a (menor de 19 años) y doy mi consentimiento, como padre, madre o tutor, para completar encuestas y evaluaciones que se utilizarán para determinar la eficacia del programa o para promocionarlo. Comprendo que la participación en las encuestas y evaluaciones es voluntaria, y que mi hijo/a y yo podemos elegir no participar e incluso retirarnos de las encuestas o evaluaciones sin que esto afecte mi posibilidad o la de mi hijo de participar en el programa 4-H. Comprendo que pueden solicitarnos a mi hijo/a o a mí el consentimiento antes de completar una encuesta o una evaluación.
- No, no deseo participar ni otorgar el permiso para que mi hijo/a participe en ninguna evaluación del programa.