

Foto del
Participante



F600-A

Formulario de aceptación de actividad y evento

Escriba en letra de imprenta

Nombre _____
(Apellido(s)) (Nombre) (Segundo nombre)

Condado _____

Este formulario tiene validez de un año calendario (que comienza el 1 de enero del año en curso) y caducará el 31 de diciembre de ese año. Cualquier actualización a esta información debe enviarse por escrito a la oficina de extensión del condado, al menos 7 días antes del próximo evento 4-H.

A. Identificación del participante

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer
Padre, madre o tutor _____
Domicilio _____
(Calle / Oficina de Correos) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)
Celular () _____ Teléfono de día () _____ Teléfono de noche () _____
Dirección del trabajo _____ Teléfono () _____
(Dirección, Ciudad, Estado, C.P.)
Otro contacto de emergencia (de haberlo) _____
(Nombre) _____
(Dirección, Ciudad, Estado, C.P.) (Teléfono, si distinto de arriba)

B. Código de conducta

Extensión de UT y TSU planean, realizan y supervisan las actividades de 4-H de Tennessee. Todos los participantes son responsables de su conducta con el personal de Extensión de UT y TSU y/o los voluntarios que supervisan la actividad o evento. Estas normas de conducta específicamente incluyen:

- Los participantes estarán en sus cuartos y en silencio a la hora que decidan el personal y voluntarios de Extensión de UT. Los chicos no pueden ir a los cuartos de las chicas, y las chicas no pueden ir a los cuartos de los chicos en ningún momento, a menos que estén acompañados de personal autorizado de Extensión de UT y TSU o un adulto voluntario de 4-H.
- Los participantes deben participar activamente en todos los programas sugeridos para la actividad o evento.
- Los participantes deben respetar la propiedad e instalaciones que se usen durante la actividad o evento y deben asumir la responsabilidad de pagar por cualquier daño que ocasionaran.
- La conducta de los participantes se adecuará a las normas y la imagen del programa 4-H en todo momento. No se tolerarán productos de tabaco, narcóticos, alcohol, armas o fuegos artificiales en ningún evento o actividad de 4-H.

Los padres y participantes comprendemos y aceptamos la responsabilidad de seguir las reglas mencionadas y que el incumplimiento de estas reglas puede resultar en que se mande a casa al miembro de 4-H de su propio bolsillo y/o ya no podrá participar en actividades o eventos futuros de 4-H.

C. ~~Descargo por publicidad~~ Autorización para publicidad

Como se indica con su firma en la última página, los participantes autorizan a la Universidad de Tennessee, la Universidad Estatal de Tennessee y a la Fundación 4-H a que se fotografíe, filme, grabe en audio o video, y/o televise su imagen o voz, y material biográfico, completo o en parte, en cualquier medio conocido ahora o que se desarrolle en el futuro, sin restricciones.

D. Antecedentes médicos e historial de salud de _____

(Nombre del participante)

Esta información no se usará para discriminar en contra de su hijo/a por motivo de discapacidad.

Nombre del médico de familia _____

Teléfono (____) _____

Seguro médico/hospital de la familia _____

(Aseguradora)

(No. de póliza o grupo)

Adjunte abajo una copia del frente y el reverso de su tarjeta de seguro médico:

<i>Tarjeta del seguro (por delante)</i>	<i>Tarjeta del seguro (por detrás)</i>
---	--

Marque todo lo que corresponda

¿Tiene el participante alergia a alguno de estos medicamentos?:

☐ Penicilina ☐ Sulfas ☐ Tetraciclina ☐ Aspirina

☐ Alergia a algún medicamento, alimento, planta o insecto. (Explique) _____

☐ Asma ☐ Problemas de corazón ☐ Sangrado de nariz ☐ Diabetes ☐ Convulsiones ☐ Desmayos

☐ Enfermedad que exija cuidados o dieta especial, o restricción de actividades por motivos médicos.

(Explique) _____

¿Usa el participante? ☐ Dentadura postiza ☐ Lentes de contacto ☐ Otro (Explique) _____

¿Toma en la actualidad algún medicamento, incluido para modificación de conducta? ☐ Sí ☐ No

De ser sí, explique _____

Fecha del examen médico más reciente: _____

¿Sabe si tiene algún problema de salud ahora? ☐ Sí ☐ No De ser sí, explique _____

Tuvo algún accidente, enfermedad en el pasado o presente relacionado con: (De ser sí, dé las fechas.)

	No	Sí	Año		No	Sí	Año
Enfermedad/lesión grave	☐	☐	_____	Apendicitis	☐	☐	-
Operación o cirugía	☐	☐	_____	Infección de riñón	☐	☐	-
Oídos, ojos	☐	☐	_____	Espalda, artic., extrem.	☐	☐	-
Dientes, amígdalas	☐	☐	_____	Sangre	☐	☐	-
Fiebre reumática	☐	☐	_____	Estómago	☐	☐	-

Inmunizaciones	Última en el año
Tétano	_____
Difteria	_____
Polio	_____
Hepatitis A, B or C	_____
(marque cual)	

Inmunizaciones	Última en el año
Sarampión	_____
Paperas	_____
Rubeola	_____
Varicela	_____

Ha tenido (marque)

☐ Sarampión
☐ Paperas
☐ Rubeola
☐ Varicela
☐ Tuberculosis

E. Investigaciones por salud y seguridad

Las autoridades del sitio pueden entrar en cualquier cuarto o instalación con el propósito de registrarlo sin permiso de la persona que lo ocupa para poder verificar las condiciones de salud y seguridad en el cuarto, y para investigar supuestas infracciones de las reglas o reglamentos de Extensión de UT y TSU o Desarrollo Juvenil de 4-H, o las leyes municipales, estatales o federales. No se requiere autorización en caso de emergencia o cuando peligre una persona, la propiedad o el edificio.

F. Consentimiento para tratamiento de primeros auxilios

Por favor, complete este Consentimiento para tratamiento de primeros auxilios. Esto permitirá que su hijo/a reciba tratamiento en caso de tener una pequeña lesión o si se encuentra mal. Marque todos o cualquiera de los tratamientos, de ser el caso, para los que da consentimiento. Si usted no nos da permiso para dar tratamiento de no emergencia, no podremos dárselo a su hijo/a. Se puede autoadministrar medicamentos bajo la supervisión de un profesional de la salud o un agente capacitado, de ser apropiado. Entre paréntesis se indican los problemas de salud para los que se usa ese medicamento con frecuencia, pero puede haber otros usos del mismo.

- ☐ Lavado de ojos Bausch and Lomb® o un producto genérico equivalente (*irritación en los ojos*)
- ☐ Benadryl® o genérico equivalente (*sarpullido, picadura de insecto*)
- ☐ Calamine lotion/Caladryl® o genérico equivalente (*quemaduras del sol, picazón de ortigas o hiedra venenosa*)
- ☐ Emetrol® o genérico equivalente (*nausea*)
- ☐ Pomada de hidrocortisona u otra equivalente (*picaduras de insectos*)
- ☐ Ibuprofen (*dolor*)
- ☐ Imodium AD® o genérico equivalente (*diarrea*)
- ☐ Espray de Isodettes® o genérico equivalente (*dolor de garganta*)
- ☐ Espray de Lanacane®, Solarcaine® o gel de aloe vera (*quemadura del sol*)
- ☐ Milk of Magnesia®, Mylanta® o genérico equivalente (*antiácido*)
- ☐ Neosporin® o genérico equivalente (*tratamiento tópico para cortes*)
- ☐ Pepto Bismol® o genérico equivalente (*dolor de estómago*)
- ☐ Robitussin® o genérico equivalente (*congestión nasal, tos*)
- ☐ Solución para la otitis externa (*dolor de oídos*)
- ☐ Tylenol® o genérico equivalente (*dolor*)
- ☐ Tabletas para el resfriado de Tylenol® o genérico equivalente (*congestión*)

G. Administración de medicamentos

- ☐ Marque aquí si su hijo/a, _____, tendrá algún medicamento (con o sin receta) y es competente de **autoadministrarse** los medicamentos bajo supervisión.
- (Nombre del participante)*

Debe enviar al evento o actividad los medicamentos en su recipiente original con esta información:

(1) Nombre del menor (2) Nombre del medicamento, (3) Dosis e instrucciones (4) Nombre del recetante (*si aplica*), (5) Nombre, dirección y teléfono de la farmacia (*si aplica*), (6) Número de la receta (*si aplica*), y (7) Fecha en la que se surtió la receta (*si aplica*).

Si su hijo/a está participando en uno de los Centros (Campamentos) de 4-H de Tennessee, usted debe incluir un **formulario de consentimiento parental para cada medicamento** (con o sin receta) que mande con su hijo/a. Favor de consultar con su Agente de Extensión del Condado para pedir el formulario o más información.

H. Descargo por emergencia médica

En consideración de la participación de _____ (*nombre del participante*) en las actividades de 4-H, ofrezco este descargo de responsabilidad. Entiendo que puede aparecer un problema o emergencia médica que pudiera necesitar atención médica, hospitalización o cirugía. En caso de que _____ (*participante*) sufra una enfermedad o lesión, por la presente autorizo a la Universidad de Tennessee, la Universidad Estatal de Tennessee y a su(s) representante(s) y agente(s) para que obtengan cualquier tratamiento necesario, incluidas la administración de anestesia y cirugía.

Con mi firma de aceptación al pie de esta página, estoy de acuerdo en descargar de responsabilidad por cualquier efecto secundario de los medicamentos a la Universidad de Tennessee, la Universidad Estatal de Tennessee, o el profesional de salud del campamento (o sus representantes o agentes).

También doy permiso a la Universidad de Tennessee, la Universidad Estatal de Tennessee y a su(s) representante(s) y agente(s) para que proporcionen este formulario de antecedentes médicos al personal de atención médica. Autorizo a que mi médico, proveedor de atención médica o cualquier hospital realice el tratamiento médico o proporcione materiales que sean necesarios y razonables. Tanto el original como una copia fotostática de este documento sirven como autorización.

Reconozco que el evento no proporciona cobertura de seguro de accidentes o enfermedad para los participantes. Acepto la responsabilidad de pagar los gastos médicos incurridos por lesiones o enfermedades.

Firmas exigidas* - Padre, madre o tutor y Participante

Hemos proporcionado información correcta en todas las áreas de este formulario. Entendemos las expectativas y procedimientos estipulados en las secciones anteriores de este FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE ACTIVIDAD Y EVENTO, y estamos de acuerdo en cumplirlos. Entendemos que todas estas secciones deben incluir nuestras iniciales en demostración de nuestro acuerdo y total aceptación, y también debe ir firmado y fechado al pie de esta página.

Iniciales del padre	e	Iniciales del participante	
_____		_____	A. Identificación del participante
_____		_____	B. Código de conducta
_____		_____	C. Descargo por publicidad
_____		_____	D. Antecedentes e historial de salud
_____		_____	E. Investigaciones por salud y seguridad
_____		_____	F. Consentimiento a primeros auxilios
_____		_____	G. Autoadministración de medicamento
_____		_____	H. Permiso para emergencia médica

** Si por motivos religiosos no puede firmar esta hoja, favor de comunicarse con la oficina de Extensión para obtener el formulario de renuncia legal (F600C) que tendrá que estar firmado para que pueda participar su hijo/a.*

He leído este Acuerdo de Descargo de Responsabilidad y Aceptación de Riesgos, y lo firmo en mi nombre, el de mis herederos, beneficiarios y cualquier persona que tuviera derecho a actuar en mi nombre.

Firmado _____
(Firma del padre, madre o tutor)

Fecha _____
(Mes/Día/Año)

Firmado _____
(Firma del participante)

Fecha _____
(Mes/Día/Año)

Programas en agricultura y recursos naturales, desarrollo juvenil 4-H, ciencias de la familia y el consumidor y desarrollo de recursos. Cooperación entre el Instituto de Agricultura de la Universidad de Tennessee, el Departamento de Agricultura de EE. UU. y los gobiernos de los condados. Extensión de UT ofrece igualdad de oportunidades en programas y empleo.

Revisado 04/2022