



Nombre _____

Condado _____

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE ACTIVIDAD Y EVENTO (ADULTOS)

Voluntario o Miembro del Personal Pagado

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.

El propósito de este formulario es darle la oportunidad de que nos proporcione información concerniente a su salud en caso de haber una emergencia. Debe completar las secciones I, II y IV. La sección III es opcional. Si tienes menos de 18 años, debes completar el Formulario 600-A.

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Teléfono casa () _____
Apellidos(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer

Dirección _____
Calle / Oficina de Correos Ciudad Estado Código Postal

Contacto de emergencia _____
Nombre

Dirección _____ Teléfono casa () _____
Calle / Oficina de Correos Ciudad Estado Código Postal

Relación _____ Teléfono trabajo () _____

II. AUTORIZACIÓN PARA PUBLICIDAD

Como se indica con mi firma al pie, autorizo 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 mi imagen o voz, y mi material biográfico, completo o en parte, en cualquier medio conocido ahora o que se desarrolle en el futuro, sin restricciones.

Firma _____ Fecha _____

Recibido en el Centro 4-H o en la oficina del condado en fecha _____

Nombre _____

Condado _____

III. ANTECEDENTES MÉDICOS E HISTORIAL DE SALUD

La información de este formulario se le proporcionará a cualquier proveedor de atención médica en caso de una emergencia. Esta información no se usará para discriminar en contra de ningún participante por motivo de discapacidad.

Nombre del médico _____ Teléfono (____) _____

Seguro médico/hospital de la familia _____
 Aseguradora _____ No. Póliza de grupo _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

Alergia a un medicamento, alimento, planta, insecto. Explique _____

Participante tiene alergia a estos medicamentos: Penicilina Sulfas Tetraciclina Aspirina

Escriba otras alergias que tenga a otros medicamentos o alérgenos _____

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

Asma Problemas de corazón Sangrado de nariz Diabetes Convulsiones Desmayos

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

¿Tiene cualquier enfermedad, accidente o historial presente o pasado relacionado con las siguientes? (De ser sí, explique en detalle.)

	No	Sí	Año		No	Sí	Año		No	Sí	Año
Enfermedad grave/Lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operación/Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infección de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oídos/Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Espalda/extremidad/ articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dientes/Amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____								

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

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

Ha pasado
<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Rubeola
<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Tuberculosis

(encierre en un círculo uno o cualquiera)

IV. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR EMERGENCIA MÉDICA

En consideración por mi participación en las actividades de 4-H, ofrezco este descargo de responsabilidad. Entiendo que puede aparecer un problema o emergencia médicos que pudiera necesitar atención médica, hospitalización o cirugía. En caso de 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. 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.

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 voluntario o miembro del personal pagado

Fecha _____
 Mes/Día/Año

*Si por cualquier motivo, no firma este documento, usted debe completar y firmar el Formulario 600-C.

F600B (Rev) 02/14

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.