



Historial Médico - Escriba claramente toda la información en letra de imprenta.

(ESTA PÁGINA FUE ENTREGADA A Y RETENIDA POR LA OFICINA 4-H EN EL CONDADO, SE ENTREGÓ UNA COPIA AL LÍDER DEL CLUB/UNIDAD 4-H)

Las preguntas sin un asterisco en esta página son OPCIONALES para que las respondan los solicitantes adultos voluntarios. Esta decisión de dar respuestas a alguna o todas las preguntas no afectará la revisión de la solicitud de inscripción de voluntarios adultos.

Apellido legal

Primer nombre legal

Condado

Fecha de nacimiento

Información del Contacto de Emergencia:

* Nombre y apellido: _____

* Teléfono del hogar, trabajo u otro: _____

* Relación, parentesco: _____

Correo electrónico: _____

Alergias

¿El participante padece alguna alergia, incluyendo algunos alimentos, medicamentos o reacciones a medicamentos?

Sí No

(Si sí, escriba los detalles abajo):

Medicamentos autorizados

¿Le gustaría compartir el nombre de los medicamentos que está tomando actualmente? Yes No

Proporcione los detalles abajo y anote todos los medicamentos por nombre, dosis y los horarios en los que los toma.

Esto es algo opcional y no afectará el proceso de aprobación si no proporciona ninguna información.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?

Condiciones

¿El participante padece alguna condición médica que es importante que el personal del programa conozca con el fin de maximizar su participación y asegurar su seguridad y bienestar? No Sí (Si sí, escriba los detalles abajo)

Vacunaciones

Aviso: El YDP 4-H de California promueve una vida saludable, incluyendo el cuidado preventivo de la salud como la vacunación contra enfermedades como lo recomienda el Departamento de Salud Pública de California, <https://www.cdph.ca.gov/>, y/o los Centros para el Control de Enfermedades. YDP 4-H de California no pide, ni mantiene, ni recaba información sobre el historial o estado de vacunación de los miembros jóvenes o adultos voluntarios. Por lo tanto, existe la posibilidad de que jóvenes y adultos que no han sido vacunados participen en los programas 4-H. Si le preocupa la posible exposición a enfermedades, como, pero sin limitarse a: sarampión, polio, varicela o COVID-19, por favor consulte con un médico. Para más información sobre las vacunas infantiles, visite <https://www.shotsforschool.org/k-12/>

Observaciones

¿Hay observaciones adicionales e instrucciones especiales para asistir mejor al personal de servicios de emergencia?

Sí No (Si sí, por favor escriba los detalles en seguida):

Si requiere de espacio adicional para responder a las preguntas de arriba, por favor use el espacio de abajo

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Voluntarios Adultos- (PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H Y GUARADA EN LA OFICINA 4-H DEL CONDADO.)

Los reglamentos de la universidad y la Ley de Prácticas Informativas del Estado de California de 1977 requieren que se proporcione la siguiente información cuando se obtiene su información personal. La información escrita en este formulario se obtiene bajo la autoridad de la Ley Smith-Lever. La entrega de la información médica es voluntaria. Usted tiene el derecho a revisar los registros de la universidad que contienen su información personal, con ciertas excepciones, tal como se establece en las políticas y estatutos. Las copias de los reglamentos de la universidad relativas a la recopilación, uso o divulgación de datos personales están disponibles para examinación por parte del director del condado de 4-H local, el asesor de desarrollo juvenil de 4-H, el representante del programa 4-H o el director estatal de 4-H de la División de Agricultura y Recursos Naturales de la Universidad de California, la oficina estatal de 4-H de California, 2801 Second Street, Davis, CA 95618-7774, (530) 750-1334, ca4h@ucanr.edu . Solo sus propios registros personales están disponibles para su revisión.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta declaración.