



GEORGIA 4-H – INFORMACIÓN MÉDICA Y ACEPTACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES Y TUTORES

Programa o actividad _____ Fecha del programa o actividad _____

Información personal

Nombre _____

Dirección _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Sexo _____

Información de los padres o tutor legal

Nombre _____

Teléfono _____ Trabajo _____ Teléfono celular _____

Nombre de dos adultos con excepción de los padres o los tutores que pueden ser contactados en el caso de una emergencia.

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono de trabajo _____

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono de trabajo _____

Información médica

Nombre de médico _____ Teléfono _____

Fecha de su último examen físico _____ Alergias a algunas drogas _____

Otras alergias (Por ejemplo picadura de abejas, etc.) _____

Describe restricción física, si la tiene _____

¿Tiene historia de problemas: del corazón _____, Diabetes _____, Asma _____, Epilepsia _____ y Fiebre Reumática _____?

Acuerdo de padres y tutores

Yo estoy de acuerdo: que si se presenta un problema de salud, yo seré notificado, pero, que si no es posible el contacto telefónico; se dará cualquier tratamiento médico, incluso cirugía, que haya sido requerido por personal médico competente; también que cierta información será proporcionada para los tramites del seguro; y, que yo entiendo las limitaciones de la cobertura, presentadas más adelante. Además, yo estoy conciente de que participación en este programa incluye riesgos; tales como, pero no exclusivamente, los siguientes: de transportación de ida y regreso a los sitios de los programas; participación en: deportes y juegos recreativos, pistas con obstáculos y cuerdas, actividades acuáticas, así como otros riesgos impredecibles. Y para ningún otro fin que la participación en los programas de la 4-H coordinados por La Extensión Cooperativa; por la presente yo eximo y para siempre libero: a la Universidad de Georgia, el Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individuales, sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y todos los reclamos, demandas y derechos de hechos que pudieran autorizar el seguimiento de juicio, que yo pueda tener en mi propio derecho o como representante legal de mis niños, como resultado o en conexión con su participación en el programa de la 4-H. Además, yo decido y prometo que no usaré las causas mencionadas anteriormente para demandar a: la Institución, el Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individuales, sus funcionarios, agentes y empleados, por los daños y perjuicios, resultantes o provocados por la participación de mis niños en este programa. Yo estoy de acuerdo que la aceptación de la liberación, eximición de responsabilidades y convenio de no enjuiciar, no constituirá una renuncia o impedimento, parcial o completo, de la protección soberana del dicho Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individuales, sus funcionarios, agentes y empleados. Yo certifico que la participación de mi(s) niño(s) en el programa de la 4-H es con mi conocimiento y consentimiento. Hago constar que he leído y entendido las declaraciones arriba mencionadas.

Firma de padre o guardián legal

Fecha

Información de seguro médico (Será completada por empleado de County Extension)

- La forma indica que el seguro para el programa/actividad ha sido comprado. Para detalles completos sobre la cobertura, contacta al Oficio de County Extension de Georgia 4-H.
- Seguro de vida de American Life (El plan 3)
- Seguro de vida de American Life (El plan de un dólar por año de Seguro del acampamiento de verano en los centros del sistema)
- Otro plan de seguro _____

Llene ambos lados de forma por favor

Resumen de medicinas de receta y de venta sin receta

Nombre de hijo(a): _____ Condado _____.

Favor que liste todas las medicinas actualmente tomadas por el miembro del club de 4-H, incluyendo medicinas de venta sin receta. Además, el padre o tutor deben listar cualquier medicina de venta sin receta que se pueda dar al miembro del club de 4-H en el caso de una enfermedad. Los empleados de 4-H no pueden dar medicinas de venta sin receta o medicinas de receta sin el permiso del padre o tutor, a menos que un profesional médico la recete. Se espera que los miembros del club 4-H controlen todas las medicinas listadas y las administren.

Si hay servicios médicos en el campamento, usted puede pedir que sus empleados administren la medicina al miembro del club de 4-H. Según lo requerido, también se harán copias adicionales de esta hoja.

Nombre de la medicina:

¿Para cuál enfermedad o condición médica se toma?

Describa la dosis e instrucciones específicas:

¿El niño(a) se la administra a sí mismo?

Fechas de administración (tratamiento):

Nombre de la medicina:

¿Para cuál enfermedad o condición médica se toma?

Describa la dosis e instrucciones específicas:

¿El niño(a) se la administra a sí mismo?

Fechas de administración (tratamiento):

Nombre de la medicina:

¿Para cuál enfermedad o condición médica se toma?

Describa la dosis e instrucciones específicas:

¿El niño(a) se la administra a sí mismo?

Fechas de administración (tratamiento):

Yo soy el padre o tutor legal de _____ y doy permiso para que le administre a mi hijo (a) las medicinas listadas en la forma prescripta.

Firma de padre o guardián legal

Fecha

Favor que llenar los dos lados de hoja

Ésta es una traducción libre de la forma legal de Georgia 4-H Medical Information and Release en inglés; cuando usted firma el documento en español, está aceptando las condiciones del documento en inglés vigente en este país.