

Correo  E-Mail

<b>Nombre</b>	<b>Departamento</b>	<b>Dirección de E-Mail</b>	<b>Preferencia de correspondencia</b>
<b>Correo Electronico</b>		<b>Nombre</b>	
<b>Apellido</b>		<b>Dirección</b>	
<b>Cuidad</b>		<b>Estado</b>	
<b>Codigo Postal</b>		<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Numero de Telefono</b>		<b>Numero de Celular</b>	
<b>Telefono del Trabajo</b>			
<b>Años en 4-H</b>			

## Contacto de emergencia

<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Numero de Telefono</b>
<b>Correo Electronico</b>	<b>Relación</b>

## Enrollment

**Etnia** Usted es hispano?  No  Sí (por favor indique las dos etnia y raza)

**Raza**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo Alaskeño	<input type="checkbox"/> Prefiero no informar

**Residencia**

<input type="checkbox"/> Campo (área rural dónde se venden productos agrícolas)	<input type="checkbox"/> Las afueras de una ciudad con mas de 50,000 habitante
<input type="checkbox"/> Pueblo con menos de 10,000 habitantes y área rural sin	<input type="checkbox"/> Ciudad con mas de 50,000 habitantes
<input type="checkbox"/> Pueblo / Ciudad con entre 10,000 y 50,000 habitantes y	

**Militar**

<input type="checkbox"/> Nadie en mi familia es militar	<input type="checkbox"/> Tengo padre militar
<input type="checkbox"/> Yo, y/o mi esposo, somos militares actualmente	

**Rama / Componente**  Air Force  Army  Coast Guard  Marines  Navy /  Active Duty  National Guard  Reserves

## Clubs

Enroll	Club	Volunteer Title
<input type="checkbox"/> (Enroll)		

## Projects

Enroll	Project	Club	Volunteer Title	Años en
<input type="checkbox"/> (Enroll)				

**Firma del Adulto** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

County Only					
Fee Paid	Date	Cash/Check No.	Medical Release	Ethics Form	Photo Permission

## PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR

Comprendo que mi hijo debe gozar de una salud y un estado físico razonablemente buenos para participar en las actividades recreativas del 4-H de manera segura, y que les informaré a los líderes del programa acerca de todo medicamento, enfermedad, afección o lesión que pueda afectar su capacidad para participar de manera segura.

### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA CASOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS\*

Hasta donde tengo conocimiento, la historia clínica de mi hijo es correcta y está completa. Si se presenta una lesión u otra afección médica, por la presente autorizo al personal del Departamento de Extensión y Difusión de la Universidad del Estado de Iowa o del Distrito de Extensión Agrícola del condado o a sus voluntarios a brindar primeros auxilios de rutina y buscar tratamiento de emergencia que incluya radiografías o pruebas de rutina. Acepto la divulgación de cualquier registro que sea necesario para un tratamiento, para obtener una remisión o por motivos de facturación o cobertura de un seguro. Comprendo que debo pagarles los cargos a los médicos tratantes o la unidad de atención médica (distintos a aquellos cubiertos por un plan de seguro por accidentes). En caso de una emergencia en la que no pueda decidir por mi hijo, autorizo al médico o al hospital seleccionado por el personal o los voluntarios del Distrito de Extensión del condado o del Departamento de Extensión y Difusión de la Universidad del Estado de Iowa a asegurar y administrarle el tratamiento a mi hijo, incluso la hospitalización.

\_\_\_\_\_ Iniciales

\_\_\_\_\_ Fecha

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES Y VOCES EN PUBLICIDAD

El programa 4-H del Departamento de Extensión y Difusión de la Universidad del Estado de Iowa por lo general registra los programas en fotografías, videos o grabaciones de audio. Durante las actividades, es posible que a usted o a su hijo les tomen fotografías o los incluyan en un video o grabación de audio. A menos que usted solicite lo contrario, su conformidad a continuación representará su autorización para que el programa 4-H, el Distrito de Extensión Agrícola del condado y la Universidad del Estado de Iowa le tomen fotografías a su hijo y lo graben en audio o video o para que registren su voz y su imagen o las transmitan por televisión. Todo esto podrá usarse en cualquier publicación o material promocional por cualquier medio conocido hasta ahora o que se desarrolle en un futuro, sin restricciones.

\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha

### TRASLADO

Autorizo el traslado de mi hijo durante una actividad o evento autorizado del 4-H. Otorgo mi permiso a las siguientes personas: (*Marque todas las opciones que correspondan*).

- Todo adulto que tenga una licencia de conducir válida.
- Todo miembro del personal del 4-H que tenga una licencia de conducir válida.
- Todo voluntario evaluado y aprobado por el 4-H que tenga una licencia de conducir válida.
- Todo miembro de la familia que tenga una licencia de conducir válida.
- Mi hijo no tiene permiso para viajar con nadie que no sea uno de sus padres.

Entiendo que, si se utilizan vehículos particulares para el traslado de ida y vuelta a los eventos o actividades del club 4-H de la Universidad del Estado de Iowa, el dueño del vehículo se hará responsable de todo accidente o daño que pueda ocurrir durante el traslado. La Universidad del Estado de Iowa no cubrirá daños materiales, lesiones personales u otros daños que puedan producirse mientras se utilicen vehículos particulares. Los dueños de los vehículos deben contar con seguro automotor según los requisitos del Estado de Iowa.

\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha

### ASUNCIÓN DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL CLUB 4-H (*Leer detenidamente*).

Autorizo a mi hijo adolescente a participar en el programa 4-H. Comprendo que las actividades o los eventos del proyecto del club 4-H pueden implicar ciertos riesgos de actividad física y posibles lesiones, y que la Universidad del Estado de Iowa y su programa 4-H le brindarán a cada participante el cuidado necesario. Sin embargo, la Universidad del Estado de Iowa no puede garantizar que mi hijo no sufrirá ninguna lesión. Además, algunos proyectos del 4-H que incluyen, entre otros, deportes de tiro, proyectos con ganado o caballos, actividades acuáticas y otras actividades deportivas, tienen un nivel de riesgo más elevado. No obstante, deseo que mi hijo participe como miembro del club 4-H de Iowa en el programa del club 4-H y ASUMO el RIESGO que supone la participación. Acepto EXIMIR y LIBERAR de toda RESPONSABILIDAD e INDEMNIZACIÓN al Estado de Iowa, a la Junta de Directores del Estado de Iowa, a la Universidad del Estado de Iowa y al Departamento de Extensión y Difusión de la Universidad del Estado de Iowa y sus directivos, empleados y agentes (en adelante denominados "PARTES EXIMIDAS") de toda reclamación o causa de acción que surja de cualquier lesión, pérdida, sanción, daño, acuerdo o costo, y esté relacionada con estos, u otro gasto u obligación que surja como resultado de la participación de mi hijo en el programa 4-H. Esta exención de responsabilidades, sin embargo, no está destinada a deslindar a las PARTES EXIMIDAS mencionadas anteriormente de la responsabilidad resultante de una negligencia exclusivamente suya.

\_\_\_\_\_ Firma del padre, la madre o el tutor

\_\_\_\_\_ Fecha

### EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y PERMISO DE INVESTIGACIÓN

El programa 4-H del Departamento de Extensión y Difusión de la Universidad del Estado de Iowa evalúa anualmente el impacto que el compromiso de los jóvenes con las experiencias de aprendizaje del 4-H tiene en sus vidas. El objetivo general de los esfuerzos de investigación y evaluación del programa 4-H de Iowa es informar y mejorar las experiencias de aprendizaje educativas del 4-H de todos los jóvenes de Iowa.

A lo largo del año de programación del 4-H, se les puede solicitar a los jóvenes inscritos en las experiencias de aprendizaje del 4-H que, mediante una herramienta autoevaluativa, compartan sus percepciones de los cambios en su conocimiento y las acciones o prácticas relacionadas con la participación en los programas de vida saludable; ciencia, tecnología, ingeniería y matemática; ciudadanía y liderazgo; y comunicación y arte. Los jóvenes no tendrán que mencionar sus nombres para realizar las autoevaluaciones. Las respuestas de las autoevaluaciones de los jóvenes son confidenciales y los resultados se comunican en su totalidad.

El programa 4-H de Iowa también trabaja en colaboración con el Departamento de Educación de Iowa para determinar si hay diferencias en las variables académicas, como calificaciones, resultados de exámenes, asistencia escolar e inscripción al curso, entre otros, de los jóvenes que están comprometidos con las experiencias de aprendizaje del 4-H, en oposición a aquellos jóvenes que no están comprometidos con las oportunidades de aprendizaje del 4-H. Además, los datos demográficos, como el origen étnico, la raza y el género de los jóvenes, entre otros, también serán revisados con el fin de entender mejor si el compromiso de los jóvenes hacia las experiencias de aprendizaje del 4-H ayuda a acortar las brechas de logros como las describió el Departamento de Educación de Iowa. El programa 4-H de Iowa trabajará en estrecha colaboración con el Departamento de Educación de Iowa para asegurarse de que la información publicada no sea personalmente identificable, y que la información recibida, analizada o conservada cumpla estrictamente con los requisitos de la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA) y de las políticas sobre investigación con seres humanos de la Universidad del Estado de Iowa.

Usted tiene la libertad de decidir que su hijo no participe en ningún proyecto de investigación o evaluación del programa 4-H de Iowa, o de retirar a su hijo en cualquier momento, sin que eso afecte negativamente la participación de su hijo en el 4-H de Iowa. Si decide retirar a su hijo del proyecto de investigación o evaluación del programa 4-H de Iowa, comuníquese con Leslie Stonehocker, administrador de datos del 4-H, al siguiente correo electrónico: [ljstone@iastate.edu](mailto:ljstone@iastate.edu). Su decisión no hará que su hijo pierda los beneficios que le corresponden.

**USTED ESTÁ TOMANDO UNA DECISIÓN DE MANERA VOLUNTARIA SOBRE PERMITIRLE O NO A SU HIJO PARTICIPAR EN LOS ESFUERZOS DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA 4-H. SU FIRMA CERTIFICA QUE HA DECIDIDO PERMITIR QUE SU HIJO PARTICIPE, LUEGO DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA.**

---

Firma del padre, la madre o el tutor

---

Fecha

## IOWA STATE UNIVERSITY

### Extension and Outreach

Iowa State University Extension and Outreach no discrimina por motivos de edad, discapacidad, origen étnico, identidad de género, información genética, estado civil, origen nacional, embarazo, raza, color, religión, sexo, orientación sexual, estado socioeconómico o estado como un veterano estadounidense u otras clases protegidas. (No todas las prohibiciones se aplican a todos los programas). Las consultas sobre políticas de no discriminación pueden dirigirse al Asesor de Diversidad, 2150 Beardshear Hall, 515 Morrill Road, Ames, Iowa 50011, 515-294-1482, [extdiversity@iastate.edu](mailto:extdiversity@iastate.edu). Todas las demás consultas pueden dirigirse al 800-262-3804.