



# Iowa 4-H Información Médica/Formato de Liberación de Responsabilidad

\_\_\_\_\_ (Año)

## INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Dirección permanente \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, ZIP \_\_\_\_\_

Año de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA

### Primera persona de contacto

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Nombre del doctor de la familia \_\_\_\_\_

Nombre del dentista de la familia \_\_\_\_\_

### Segunda persona de contacto (Pariente o Amigo)

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Número de la oficina \_\_\_\_\_

Número de la oficina \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA POLIZA DE SEGURO

El participante arriba-nombrado es cubierto con una póliza de seguro.  Si\*\*  No\*

\*Si su respuesta fue no, ponga sus iniciales en esta línea declarando que usted no tiene póliza de seguro de salud, y que usted sabe que Iowa State University/University Extension/4-H no proveerá ninguna póliza de seguro de salud para usted.

\*\*Si su respuesta fue si, declare la siguiente información, la cual es requerida por Iowa State University para ofrecerle tratamiento médico y facilitar el proceso de pago de los costos del tratamiento.

Nombre de la persona titular del seguro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona titular del seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Relación con el participante \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, ZIP) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del empleador de la persona titular asegurada \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de plan \_\_\_\_\_

## Información de salud (Favor imprimir)

Usted tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes condiciones (Marcar con aspa todo lo que aplique)?.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Bronquitis                                  | <input type="checkbox"/> Desvanecimiento/desmayo                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Infección de orejas                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad o problema cardiovascular/ corazón |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones, ataques, epilepsia                       | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                             |  |
| <input type="checkbox"/> Lesiones crónicas del hueso, músculo, o articulaciones |  |  |
| <input type="checkbox"/> Migraña, dolor de cabeza                               | <input type="checkbox"/> Otra(s) condición(es): (Favor listar) _____ |  |

Alergias o reacciones: (Marcar con aspa todo lo que aplique.)

- |   |   |                                  |                                 |                               |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina                         | <input type="checkbox"/> Penicilina   | <input type="checkbox"/> Lácteos | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Maní |
| <input type="checkbox"/> Mordedura o picadura de insectos | <input type="checkbox"/> Toxinas de hiedra, roble, zumaque <input type="checkbox"/> Otros(listar) _____ |                                  |                                 |                               |

Esta su niño(a) actualmente recibiendo medicación prescrita o no prescrita por un médico? (Si su respuesta es si, favor de escribir la condición/enfermedad/dolor, nombre del medicamento, dosis, horas al día, y nombre del doctor que ha prescrito el tratamiento.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
Fecha de la última vacunación contra el tétano (fecha aproximada) \_\_\_\_\_

(Siguiente página)

**PARA SER LEIDO Y FIRMADO POR EL PARTICIPANTE**

**COMPORTAMIENTO ESPERADO DEL PARTICIPANTE**

Es importante seguir las instrucciones del personal 4-H o los voluntarios todo el tiempo. Comprendo que como participante tengo la responsabilidad de ayudar para que las actividades sean una experiencia segura para cada uno de los participantes a través de mi buena conducta y comportamiento. También, estoy de acuerdo de seguir las reglas e instrucciones, y comprendo el peligro de no seguirlas.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA SER LEIDO Y FIRMADO POR EL PADRE O APODERADO (TUTOR):**

Yo entiendo que mi niño(a) debe estar saludable y en razonable condición física para que participe de manera segura en las actividades 4-H, y que yo debo informar al(los) líder(es) del programa de toda medicación, enfermedad, dolencia, condición, o lesión que pueda afectar su habilidad de participar de manera segura en el programa 4-H.

**PERMISO DE LOS PADRES O APODERADO(TUTOR) PARA ATENCION EN CASOS DE EMERGENCIA MEDICA\***

La historia de salud de mi niño es correcta y completa, dentro de mi conocimiento. Si alguna lesión o otra condición médica ocurriera o apareciera, yo otorgo el permiso para que el personal de ISU Extension o voluntarios le provean atención de salud rutinaria y soliciten tratamiento de emergencia incluyendo rayos X o pruebas diagnosticas rutinarias. Doy aprobación para que se de acceso a cualquier información necesaria para propósitos del tratamiento, transferencia médica, facturación, o póliza de seguro. Entiendo que yo soy responsable financiero de los gastos y garantizo el pago completo por la atención de los doctores o la unidad de atención médica. En caso de una emergencia, donde yo no pudiera decidir por mi niño, otorgo mi permiso al doctor(es)/hospital elegido por el personal de ISU Extension o voluntarios para cuidar y administrar tratamiento a mi niño, incluyendo hospitalización. (\*Si Usted no puede firmar esta sección del formulario por alguna razón, favor de contactar al County Extension Director para ver la posibilidad de una exoneración legal para poder concurrir y participar en el programa 4-H). \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_ fecha

**PERMISO DE USO DE VOZ/IMAGEN PARA FINES DE PUBLICIDAD**

El programa 4-H de Iowa State University normalmente toma fotografías, videos, o graba audios de sus programas y actividades. Durante las actividades, es posible que una fotografía, video, o audio sea tomado de Ud. o su niño(s). A menos que Ud. solicite lo contrario, sus iniciales al final de este párrafo serán consideradas como un permiso para que ISU y su programa 4-H pueda realizar tomas fotográficas, películas, grabaciones de audio/video y/o televisar su imagen y/o voz, o la imagen o voz de su niño para ser usada en cualquier publicación o material de promoción, en cualquier medio ahora conocido o desarrollado en el futuro sin ninguna restricción. Si Ud. no esta de acuerdo que ISU use su imagen y/o voz o la de su niño en esta forma, favor de notificar a la oficina de extensión de su condado. \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_ fecha

**TRANSPORTE Yo estoy otorgando mi permiso para que mi niño o el niño a mi cargo sea transportado hasta y desde las actividades o eventos 4-H. Yo otorgo mi permiso para:**

- Que mi niño(a) viaje en vehículos de otros jóvenes (18 años o menor) para las actividades 4-H.
- Que mi niño(a) maneje su vehículo para las actividades o eventos 4-H.
- Que mi niño(a) sea transportado por otros participantes 4-H en su o mi vehículo.
- Que mi niño(a) viaje con un chofer adulto voluntario autorizado que ha completado un MVR check.
- Que mi niño(a) viaje con un chofer adulto voluntario.

Yo entiendo que si vehículos de personas privadas van a ser utilizados como transporte hasta y desde los eventos o actividades de Iowa State University (ISU) 4-H, que el dueño del vehículo será responsable por todo accidente o daño que pueda ocurrir durante el transporte. ISU no proveerá ningún seguro o pago por daños materiales, lesiones personales, o otro daño que pueda ocurrir mientras se usen vehículos de propiedad personal privada. Los dueños de los vehículos son requeridos de tener póliza de seguro para accidente de automóviles como requerimiento del Estado de Iowa. \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_ fecha

**RIESGOS ASUMIDOS Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD LEGAL O ECONOMICA (Favor de leer cuidadosamente).**

Yo otorgo permiso para que \_\_\_\_\_ participe en el programa 4-H. Yo entiendo que las actividades/eventos 4-H pueden involucrar ciertos riesgos de actividad física y posibles lesiones, y que Iowa State University y su programa 4-H proveerá a cada participante un cuidado razonable, pero que ISU no puede garantizar que mi niño(a) permanecerá libre de sufrir una lesión. De todas maneras, yo deseo que mi niño participe en el programa 4-H y ASUMO el RIESGO de su participación. Yo acepto LIBERAR de RESPONSABILIDAD LEGAL, INDENMINIZACION, y de CARGOS al Estado de Iowa, a la Asamblea de Regentes del Estado de Iowa, ISU y ISU Extension y sus oficiales, empleados y agentes (de ahora en adelante los LIBERADOS) de cualquiera y de todos los reclamos y/o causas de acción originadas de y relacionadas a cualquier lesión, perdida, penalidad, daños, arreglo legal, costos u otros gastos o responsabilidades que ocurran como resultado de la participación de mi niño(a) en el programa 4-H. Esta liberación, sin embargo, no intenta liberar a los LIBERADOS arriba mencionados de la responsabilidad resultante de una negligencia suya.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o apoderado legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Debe ser firmado por el padre o apoderado legal si el participante es menor de 18 años)