



Formulario de inscripción y de información médica y divulgación del club 4-H de Iowa

Correo postal Correo electrónico

Nombre	Correo electrónico de la familia	Preferencia de correspondencia
Correo electrónico	Nombre	
Apellido	Dirección postal	
Ciudad	Estado	
Código postal	Fecha de nacimiento	
Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Teléfono principal	
Teléfono celular	Años en el 4-H	

Padre, madre o tutor (1)

Nombre	Apellido
Teléfono celular	Teléfono del trabajo

Padre, madre o tutor (2)

Nombre	Apellido
Teléfono celular	Teléfono del trabajo

Contacto de emergencia

Nombre	Teléfono	Relación con el participante
--------	----------	------------------------------

Inscripción

Origen étnico	¿Es usted de origen hispano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	(Indique un origen étnico y una raza).
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

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

Servicio militar	<input type="checkbox"/> Nadie en mi familia es miembro del servicio militar. <input type="checkbox"/> Uno de mis padres es miembro del servicio militar.
Componente de la rama	<input type="checkbox"/> Tengo un hermano que es miembro del servicio militar. <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Fuerza Armada <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Civil del Departamento de Defensa <input type="checkbox"/> Infantería de Marina <input type="checkbox"/> Fuerza Naval <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Reservas

Grado	Nombre de la institución educativa
Tipo de institución educativa	<input type="checkbox"/> Escuela pública <input type="checkbox"/> Educación en el hogar o alternativa <input type="checkbox"/> Educación vocacional <input type="checkbox"/> Escuela privada <input type="checkbox"/> Escuela especializada <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Escuela subvencionada

Estado de salud

¿Su hijo presenta alguna afección médica? Sí No

Si la respuesta es "Sí", especifique:

¿Su hijo es alérgico a algo? Sí No

Si la respuesta es "Sí", especifique:

¿Su hijo toma algún medicamento recetado o de venta libre en este momento? Sí No

Si la respuesta es "Sí", especifique:

Clubes

Inscribirse Club

(Inscribirse)

(Nuevo club)

(Nuevo club)

(Nuevo club)

Proyectos

Inscribirse Proyecto

(Inscribirse)

(Nuevo proyecto)

PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL PARTICIPANTE

EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO DEL PARTICIPANTE

Es importante seguir las instrucciones de los líderes del club 4-H en todo momento. Entiendo que, como participante, tengo la responsabilidad de ayudar, a través de mi comportamiento y mi conducta, a que la actividad sea una experiencia segura para todos. También comprendo el riesgo de no respetar reglas e instrucciones y acepto acatarlas. Acepto respetar el Código de Conducta para los jóvenes de 4-H y las familias de Iowa.

Firma del participante

Fecha

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 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 Phil Heckman, administrador de datos del 4-H, al siguiente correo electrónico: pheckman@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, nacionalidad, embarazo, raza, religión, sexo, orientación sexual, condición socioeconómica ni condición de veterano de los Estados Unidos. (No todos los criterios prohibidos se aplican a todos los programas). Puede dirigir sus preguntas relacionadas con las políticas de no discriminación al director de diversidad: Ross Wilburn, Diversity Officer, 2150 Beardshear Hall, 515 Morrill Road, Ames, Iowa 50011, 515 294-1482, wilburn@iastate.edu.