

División de Agricultura de la Universidad de California
Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de California

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Jóvenes

Este Formulario de Autorización de Tratamiento Médico está vigente para todos los eventos de 4-H y las actividades del Club o Unidad en las fechas específicas indicadas a continuación:

Nombre _____ Apellido(s) _____ Nombre del Club o Unidad _____
_____ del _____ al _____
Condado y estado _____ Fecha (del / al) _____

Durante el tiempo en que mi hijo(a) participe o viaje rumbo a y de regreso de este evento de 4-H, AUTORIZO POR MEDIO DE LA PRESENTE AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE 4-H O AL PERSONAL DE 4-H, o en su ausencia o discapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o ayude, QUE PERMITA QUE MI HIJO RECIBA EL TRAMAMIENTO MÉDICO QUE AQUÍ SE INDICA:

Cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado hospitalario que sea considerado recomendable y que se vaya a administrar bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Médicas, Sección 2000 y siguientes del Código de Negocios y Profesiones de California; o cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y cuidado hospitalario que vaya a ser administrado por un dentista licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Dentales, Sección 1600 y siguientes del Código de Negocios y Profesiones de California.

Doy esta autorización según las estipulaciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Esta autorización seguirá vigente hasta que mi hijo(a) concluya con las actividades de este programa, a menos que yo la revoque por escrito antes de ese momento. Tengo entendido que como su padre, madre o tutor, seré responsable por el costo de cualquier servicio o tratamiento que no esté cubierto por el Programa de Seguro para Accidentes y Enfermedad de 4-H patrocinado por Extensión Cooperativa de la UC.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco con el joven identificado anteriormente _____
(_____) _____ (_____) _____
Teléfono diurno para emergencias (con el código de área) _____ Teléfono nocturno para emergencias (con el código de área) _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por la presente, certifico que mi hijo(a) goza de buena salud y que puede viajar a y participar en todos los eventos y actividades del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H según lo descrito anteriormente. Tengo entendido que es mi responsabilidad informar a la oficina de 4-H del condado si hay algún cambio en la información incluida en este formulario (incluso el Historial Médico y cambios en la relación con los padres o tutor).

Firma del padre/tutor(guardián) _____ Fecha _____

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

No deseo firmar esta autorización y entiendo que al no firmarla, queda prohibido que mi hijo(a) reciba cualquier tipo de cuidado médico en caso de un accidente o enfermedad que no ponga en peligro su vida.

Firma del padre/tutor(guardián) _____ Fecha _____

La política de la Universidad y la Ley de 1977 de Prácticas de la Información del Estado de California exigen se proporcione la información a continuación siempre que se le pida información personal: La información que se incluya en este formulario se recaba bajo la autoridad de la Ley Smith-Lever. Usted brinda los datos médicos de manera voluntaria. Sin embargo, se requiere que firme en alguno de los dos recuadros anteriores. Dejar de proporcionar su autorización y la información médica, puede ocasionar que no podamos brindarle a su hijo(a) el tratamiento médico necesario. Usted tiene derecho de leer los registros de la Universidad que incluyan información personal suya o de su hijo(a), con ciertas excepciones establecidas por políticas y estatutos. Usted puede revisar una copia de las políticas de la Universidad referentes a la obtención, uso o diseminación de información personal pidiéndola al director de la oficina local de Extensión Cooperativa de la Universidad de California en su condado, al Asesor del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H, al Representante del Programa 4-H o al Director Estatal de 4-H en: *California 4-H Youth Development Program, University of California, DANR Building, One Hopkins Road, Davis, CA 95616-8575, (530) 754-8518*. Únicamente están a su disposición el registro de su hijo(a) o el suyo propio.

No hay ninguna circunstancia conocida o que se pueda vislumbrar para la transferencia de esta información a otras agencias gubernamentales.

**División de Agricultura de la Universidad de California
Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de California
Historial Médico**

Nombre _____	Apellidos _____	Condado _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
--------------	-----------------	---------------	--

Susceptible a:	Sí	No	Tiene ahora o ha tenido	Sí	No
Catarro			Problemas de corazón		
Dolor de garganta			Asma		
Desmayos			Problemas de los pulmones		
Bronquitis			Sinusitis		
Convulsiones			Hernia (ruptura)		
Calambres			Apendicitis		
Alergias			¿Ha sido operado de la apéndice?		
¿Usa gafas/lentes para ver?			¿Camina dormido (es sonámbulo)?		
¿Oye bien?					

Fecha de la vacuna más reciente contra el tétano: _____

Indique cuáles medicamentos sin receta autoriza a que se administren a su hijo(a) de ser necesario:

- Tylenol Ibuprofen Jarabe para la tos Descongestionante Dramamina
 Antiácido Polysporin Hidrocortisona Otros: _____

Indique cualquier alergia que tenga, incluso a alimentos, a medicamentos y reacciones a medicamentos:

Indique cualquier adaptación o servicio necesario a causa de una discapacidad que usted necesite para poder participar en este programa o actividad.

Anote todos los medicamentos que su hijo(a) toma actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?

Por favor, incluya comentarios adicionales o instrucciones especiales que puedan ayudar al personal de servicios de emergencia.

Explique las respuestas a las preguntas a las que haya respondido "Sí" en esta hoja.

La Universidad de California prohíbe la discriminación o el hostigamiento, en cualquiera de sus programas o actividades, por razones de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad en función del género, embarazo (inclusive parto y condiciones médicas relacionadas con el embarazo o el parto), incapacidad física o mental, estado de salud (casos de cáncer o de características genéticas), ascendencia, estado civil, edad, preferencia sexual, ciudadanía o por haber prestado servicio militar (según lo define la Ley de Derechos a Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994, Servicio en el servicio militar incluye: membresía, solicitud de membresía, desempeño de servicio, solicitud de servicio u obligación de servicio en los servicios uniformados).

La política de la Universidad también prohíbe represalias contra cualquier empleado o persona que busque empleo y quien haya presentado una queja por discriminación u hostigamiento sexual o por haber participado en la investigación o usado el proceso de resolución de dicha queja. La política de la Universidad se propone concordar con las disposiciones de las leyes federales y estatales procedentes. Las preguntas sobre la política antidiscriminatoria de la Universidad pueden dirigirse a: The Affirmative Action/Equal Opportunity Director, University of California, Agriculture and Natural Resources, 1111 Franklin Street, 6th Floor, Oakland, CA 94607, (510) 987-0096.