

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Voluntarios Adultos

(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H Y GUARDADA EN LA OFICINA 4-H DEL CONDADO.)

Este Formulario de Autorización de Tratamiento Médico se autoriza y está vigente para todos los eventos y actividades de 4-H en las fechas específicas indicadas a continuación. (Nota: esta información se debe actualizar anualmente)

Nombre

Apellido(s)

Nombre del Club o Unidad

Condado y estado

Del: **1 de Julio del 2015** Al: **31 de Diciembre del 2016**

Durante el tiempo en que yo participe o viaje rumbo a o de regreso de este evento de 4-H, AUTORIZO POR MEDIO DE LA PRESENTE AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE 4-H Ó AL PERSONAL DE 4-H, o en su ausencia o discapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o ayude, QUE PERMITA QUE YO RECIBA EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE AQUÍ SE INDICA SI MI ESTADO FUERA TAL QUE ME IMPIDE TOMAR UNA DECISIÓN:

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 yo termine con mis actividades en este programa, a menos que yo la revoque por escrito antes de ese momento. Tengo entendido que 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 adulto 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 gozo de buena salud y que puedo 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).

Firma

Fecha

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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

Firma

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, División de Agricultura y Recursos Naturales, oficina estatal de 4-H de California, 2801 Second Street, Davis, CA 05618-7774, (530) 750-1334, ca4h@ucanr.edu*. Usted solo puede revisar sus propios records. Únicamente están a su disposición el registro de su hijo(a) o el suyo propio.

Historial Médico

(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H QUIEN SE ENCARGARÁ DE GUARDARLA; TRITURAR AL CONCLUIR EL AÑO DEL PROGRAMA)

Nombre

Apellido(s)

Condado

 / /

Fecha de nacimiento

Susceptible a:	Sí	No	Tiene ahora o ha tenido	Sí	No
Catarro, resfriados			Problemas de corazón		
Dolor de garganta			Asma		
Desmayos			Problemas de los pulmones		
Bronquitis			Sinusitis		
Convulsiones			Hernia (ruptura)		
Calambres			Apendicitis		
Alergias			¿Ha sido operado del apéndice?		
¿Usa gafas/lentes recetados?			¿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:

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

Anote todos los medicamentos que toma actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?