



THE UNIVERSITY OF ARIZONA

Cooperative Extension



DESARROLLO JUVENIL DE ARIZONA 4-H

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/REPRESENTANTE Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información médica de emergencia:

Nombre del médico/profesional de la salud _____ Número de teléfono _____

Compañía del seguro médico _____ Número de póliza _____

Indique los medicamentos recetados _____

Indique los medicamentos "sin receta" aprobados que se le pueden dar a su hijo/a (aspirina, ibuprofeno, remedios para el resfriado, etc.) _____

Indique las actividades prohibidas por razones médicas _____

Indique las alergias (a la comida, a los medicamentos, a las plantas, a los insectos, etc.) _____

Fechas de vacunación (mes/año): tétanos: _____ sarampión: _____ paperas: _____

Contacto de emergencia: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene discapacidades para las que solicita una adaptación? En caso de ser así, por favor, indique sus necesidades:

Consentimiento de los participantes (sólo para los mayores de edad)

Yo, _____ pienso participar en _____ en la(s) fecha(s) _____
En caso de una emergencia, autorizo al representante de Desarrollo Juvenil 4-H a organizar el tratamiento médico necesario y apropiado que pueda ser necesario durante este periodo. Entiendo que esta autorización puede extenderse también al traslado, hacia y desde el evento.
Firma del/a participante: _____

Consentimiento de los padres/tutores (sólo para menores de 18 años)

Doy permiso para que (el nombre del/a participante) _____ participe en _____ en la(s) fecha(s) _____. Entiendo que también puede incluir el traslado, hacia y desde este evento, mientras esté bajo la custodia del representante de Desarrollo Juvenil 4-H. En caso de una emergencia, autorizo al representante de Desarrollo Juvenil 4-H/acompañante a organizar el tratamiento médico necesario y apropiado que pueda ser requerido durante nuestra ausencia.

Firma de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

Traducción: Daniela Havenar

Programa de Traducción e Interpretación. Departamento de Español y Portugués