



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Padre/Responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

¿Dónde puede encontrarse a sus padres o persona responsable durante el tiempo del viaje? \_\_\_\_\_

**Familiares o amigos autorizados a actuar por usted en caso de emergencia si sus padres/o persona responsable no pueden ser encontrados:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En el evento si yo no puedo ser encontrado en el caso de una emergencia, doy mi permiso al médico seleccionado por el encargado a hospitalizar, dar tratamiento apropiado y seguro, y a solicitar inyecciones, anestesia, y operación para mi hijo mencionado arriba, cuando se estime necesario.

\_\_\_\_\_ padre o responsable \_\_\_\_\_ fecha

**Si usted sabe que ha sido expuesto a cualquier enfermedad en la semana anterior al evento de las 4-H, por favor explique muy bien en una nota al encargado.**

Nombre y teléfono del médico de la familia: \_\_\_\_\_

Historial de la salud: (marque lo que corresponde y dé fechas apropiadas)

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Infección de oídos <input type="checkbox"/>           | <b>Alérgias</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Enfermedades</b>                       | <b>Fechas de vacunas requeridas</b> |
| Convulsiones <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> Fiebres               | Eruptivas <input type="checkbox"/>        | MMR _____                           |
| Diabetes <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos | Sarampión <input type="checkbox"/>        | DTP/DT _____                        |
| Problemas del comportamiento <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medicación _____      | Paperas <input type="checkbox"/>          | OPV _____                           |
|   | <input type="checkbox"/> Plantas               | Sarampión Alemán <input type="checkbox"/> |                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Alimentos _____       |   |                                     |
|   | <b>Asma</b> <input type="checkbox"/>           |   |                                     |

Fechas de operaciones o daños severos \_\_\_\_\_

Enliste las medicaciones que está tomando \_\_\_\_\_

Enfermedades crónicas o recurrentes \_\_\_\_\_

Otras enfermedades o detalles del listado anterior \_\_\_\_\_

¿Algunas actividades específicas que pueden ser recomendadas? \_\_\_\_\_

¿Algunas actividades específicas que puedan ser no recomendadas? \_\_\_\_\_

¿Algunas modificaciones en la dieta o restricciones requeridas? \_\_\_\_\_

**Si usted trae medicamentos al evento, asegúrese de que su nombre esté en dichos remedios y de que el encargado sabe de las direcciones para suministrar dichos remedios.**

**ADJUNTE UNA COPIA ACTUAL DE LA INFORMACION DEL SEGURO DE LA FAMILIA.**