

**Tipo de actividad:**     Condado/área     Estado     Región     Nacional (marque uno)

Nombre de evento o actividad

---

Nombre de participante:

Apellido

Nombre

Inicial

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de casa y nombre de calle

Ciudad

Estado

Código Postal

El participante es:    Adulto     Joven     Hombre     Mujer

Grado

Fecha de Nacimiento

Teléfono de casa

Otro teléfono

Contacto de Emergencia:

Nombre

Relación

Teléfono de día

Teléfono de tarde

Celular

Otro teléfono

**Información de Salud** (Esta parte debe ser llenada por el participante o sus padres/tutores)

Tiene el participante una dieta restringida?	Si	No
Padece el participante algún tipo de alergia? Por favor anote el tipo de alergia.	Si	No
Anote el nombre de medicamento:		
Anote el nombre y número de teléfono de su doctor:		

Como padre, si mi hijo(a) necesita atención médica, estoy informado(a) que todo esfuerzo será hecho para contactarme en caso de emergencia. Autorizo al personal médico seleccionado por la persona a cargo del evento 4-H para ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento médico, liberar cualquier registro necesario y para proporcionar o coordinar el transporte necesario para la persona cuyo nombre aparece en este formulario. Doy permiso al médico seleccionado por la persona a cargo del evento 4-H a hospitalizar, asegurar tratamiento de emergencia, administrar inyecciones, anestesia y cirugía para mi hijo nombrado en este formulario o para mí. Voy a asumir todas las obligaciones financieras incurridas que no están cubiertas por un seguro de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, tutor o participante adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha