



Formulario de inscripción para miembros de 4-H en Oregon

Condado _____
 Clubes 4-H _____

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Inscripción nueva..... | <input type="checkbox"/> |
| Reinscripción..... | <input type="checkbox"/> |
| Líder juvenil | <input type="checkbox"/> |

Información familiar:

Apellido familiar _____ Correo electrónico familiar _____

Teléfono familiar principal _____

Dirección postal familiar _____
Calle/Dirección postal Ciudad Código postal

Preferencia de correspondencia correo postal correo electrónico

Información del miembro:

Nombre legal (use letra de molde) _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

¿Recibe boletines por correo electrónico? Teléfono celular _____

¿Podemos enviar mensajes de texto a este número? Empresa de telefonía celular _____

Año en 4-H _____

Padre 1 _____ Padre 2 _____
Nombre Apellido Nombre Apellido

Teléfono celular _____ Teléfono celular _____

Teléfono de oficina _____ Teléfono de oficina _____

Correo electrónico _____

Tutor legal Enviar correos Tutor legal Enviar correos

Origen étnico (marque una opción) Hispano No hispano

Raza (marque todas las opciones que correspondan) Caucásica Negra Indígena americano o de Alaska

Hawaii o islas del Pacífico Asiática Balance/Otra Prefiero no contestar

Residencia (marque una opción) Granja Rural/10,000 Poblado/10 - 50,000 Suburbio/50,000 Ciudad/50,000

¿Miembro de la familia en las fuerzas armadas? S N ¿En qué rama? _____ ¿Reserva o guardia? _____

Escuela _____ Grado _____

| Nombre del proyecto | Año en el proyecto | ¿Se requiere un manual del proyecto? | Solo para uso de la oficina |
|---------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |

El Servicio de Extensión de Oregon State University ofrece programas, actividades y materiales educativos sin discriminación por edad, color de piel, discapacidad, identidad o expresión de género, información genética, estado civil, nacionalidad, raza, religión, sexo, orientación sexual o situación de veterano de guerra. El Servicio de Extensión de Oregon State University es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades en empleo.

PROGRAMA DE DESARROLLO JUVENIL 4-H DE OREGON
CÓDIGO DE CONDUCTA JUVENIL

El bienestar de todos los participantes del programa 4-H es importante. Todos tienen responsabilidades.

Al participar en los programas 4-H, acuerdo lo siguiente:

1. Participar plenamente, con una actitud positiva y energía creativa.
2. Ser cortés con los demás, incluso si son diferentes a mí.
3. Ser colaborador. Alentar a las personas. Ayudar a los demás. Apoyar el trabajo en equipo.
4. Estar dispuesto a pedirle asesoría a un adulto para que pueda tomar buenas decisiones y realizar las acciones apropiadas.
5. Utilizar un lenguaje que sea respetuoso de los demás. (No se permite blasfemar, el acoso ni el hostigamiento).
6. Cuidar los bienes con los que interactúe y asumir la responsabilidad por los daños intencionales que pudiera causar.
7. Usar ropa apropiada para la(s) actividad(es) del programa. Cumplir con el código de vestir, si se especifica.
8. Presentarse y ser puntual para todas las partes del programa. (Le comunicaré al supervisor correspondiente si tengo problemas de salud o de horario).
9. Usar la tecnología (teléfonos celulares, computadoras, tabletas, reproductores de MP3, dispositivos de juego, etc.) durante el tiempo libre o de una manera que contribuya a las metas del programa.
10. Tratar a los animales con compasión y brindarles el cuidado apropiado.
11. No participar en Manifestaciones Públicas de Afecto (PDA por sus siglas en inglés). (Son inapropiadas y generan distracción).
12. Conocer y obedecer todas las leyes federales, estatales y locales correspondientes a mi edad (por ejemplo, tabaco, alcohol, drogas ilegales, fuegos artificiales).
13. Conocer y cumplir las políticas de seguridad de Oregon State University, Servicio de Extensión y los lineamientos del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H. (Por ejemplo: no salir del área del programa sin la autorización del supervisor del programa; estar en el lugar de alojamiento asignado y no cambiar de habitación durante las actividades nocturnas; cumplir con las horas del toque de queda; permanecer en las áreas específicas para cada género [no se permiten chicos en la habitación de una chica, ni una chica en la habitación de un chico]; manejar las armas de fuego únicamente en las áreas seguras designadas, bajo la supervisión directa de un voluntario entrenado en actividades deportivas con armas de fuego de 4-H; y cualquier otra política de seguridad establecida por un evento o programa específico).

He leído y acepto cumplir el Código de Conducta que se presenta arriba. Entiendo que si violo alguna parte de este acuerdo, podré ser expulsado de una actividad de 4-H y enviado a casa por cuenta y gasto de mis padres o tutores. Entiendo también que si causo problemas personales o de seguridad pública, podría perder mi derecho a participar en algunos eventos futuros de Desarrollo Juvenil 4-H o perder mis privilegios de afiliación.

Con letra de molde: Nombre del miembro

Firma del miembro

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

*Modificado en julio de 2017, M. Lesmeister
Revisado por: P. Rose, D. Hart, M. Lesmeister, R. Dixon, M. Livesay, D. White*

EL SERVICIO DE EXTENSIÓN DE OREGON STATE UNIVERSITY OFRECE PROGRAMAS, ACTIVIDADES Y MATERIALES EDUCATIVOS SIN DISCRIMINACIÓN POR EDAD, COLOR DE PIEL, DISCAPACIDAD, SITUACIÓN FAMILIAR O PARENTAL, IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO, INFORMACIÓN GENÉTICA, ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, CREENCIAS POLÍTICAS, RAZA, RELIGIÓN, REPRESALIAS, SEXO, ORIENTACIÓN SEXUAL, SITUACIÓN DE VETERANO DE GUERRA O PORQUE LA TOTALIDAD O UNA PARTE DE LOS INGRESOS DE UNA PERSONA SE DERIVEN DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA. EL SERVICIO DE EXTENSIÓN DE OREGON STATE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ACCIÓN AFIRMATIVA, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO, VETERANOS DE GUERRA Y PERSONAS DISCAPACITADAS.

TRANSLATED AUGUST 2017

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

ESCRIBA EN IMPRENTA

Actividad: _____

Grupo: _____

Fecha(s): _____

Información del participante

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Lea con atención este documento de Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en su totalidad. Es un documento legalmente vinculante. Lea ambas caras de esta página. Firme y envíe este formulario a:

(INGRESAR el nombre, la dirección y el número de teléfono del contacto del Departamento)

Si es menor de 18 años, este formulario debe estar firmado por usted como el participante Y por su padre, madre o tutor legal.

Yo, el abajo firmante, estoy al tanto de que mi participación en la Actividad (de aquí en adelante, la **ACTIVIDAD**) descrita anteriormente puede incluir actividades que podrían causar lesiones o ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta **ACTIVIDAD** tiene la siguiente lista no exhaustiva de actividades en particular que podrían ser riesgosas y peligrosas en las cuales se podrían sufrir lesiones corporales, incluso hasta la muerte (*INGRESAR las actividades a continuación*):

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que involucra la **ACTIVIDAD**, participo de forma voluntaria de la **ACTIVIDAD** y, en tanto, asumo las responsabilidades y riesgos resultantes de mi participación, que incluyen todo riesgo de daño a la propiedad y perjuicio de terceros y a mí mismo. Acepto cumplir todas las reglas y condiciones de la participación en esta **ACTIVIDAD**. Tengo el seguro aplicable adecuado que se necesita para obtener y pagar cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la **ACTIVIDAD**; de no ser así, entiendo que soy el único responsable de cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la **ACTIVIDAD**. Eximiré a Oregon State University, sus directivos, miembros de la junta directiva, agentes y empleados (de aquí en adelante, la **UNIVERSIDAD**) de responsabilidad con respecto a todos y cada uno de los reclamos, daños y costos relacionados con mi participación en esta **ACTIVIDAD**.

Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción en la que participe en relación con esta **ACTIVIDAD**, sin importar si esto ocurre antes, durante o después del período de la **ACTIVIDAD**. Actuaré de manera considerada con otros participantes y en conformidad con las normas y el reglamento de la **UNIVERSIDAD** (*inclusive el Código de conducta estudiantil, según corresponda*) y cualquier ley o norma aplicable del estado o de la ciudad donde se realice la **ACTIVIDAD**. Si la **ACTIVIDAD** es un evento patrocinado por la **UNIVERSIDAD** afuera del campus, como las salidas de campo, las conferencias, las investigaciones, el aprendizaje empírico, la extensión del aprendizaje presencial, etc., entiendo que el comportamiento inaceptable en el aula es inaceptable durante la **ACTIVIDAD** y se tratará en conformidad con las normas de conducta estudiantil. Además, entiendo que si viajo a la **ACTIVIDAD** con un grupo o asesor de la **UNIVERSIDAD**, regresaré con el grupo a menos que haya un acuerdo previo con los miembros del claustro o del personal de la **UNIVERSIDAD** que supervisa la **ACTIVIDAD**.

Reconozco que la **UNIVERSIDAD** podría grabar mi participación y aparición en la **ACTIVIDAD** en cualquier medio de grabación que incluye, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "grabaciones") para cualquier uso (que incluye, entre otros, publicaciones, sitios web, blogs, Internet, redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito que la **UNIVERSIDAD** utilice mi nombre, la reproducción de mi persona, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones en parte o en su totalidad sin restricciones o limitaciones por cualquier motivo educativo o promocional. Si desea excluirse de esta sección, solicite la divulgación de exclusión de foto.

Estoy al tanto de que si proporciono un vehículo que no es propiedad ni es de uso de la **UNIVERSIDAD** para la transportación hacia, en o desde el sitio de la **ACTIVIDAD**, o si soy un pasajero en un vehículo de este tipo, la **UNIVERSIDAD** no es responsable de cualquier daño que surja o provoque el uso de dicho medio de transporte. Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que realice que no esté dentro del ámbito de la **ACTIVIDAD** planificada, sin importar si ocurre antes, durante o después del período de dicha **ACTIVIDAD**.

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Hasta el grado en que lo permita la ley, y en conformidad con los requisitos para poder participar en la ACTIVIDAD, dejo a salvo, libero y exonerado a la UNIVERSIDAD de toda y cualquier responsabilidad, reclamo, causa, daño o perjuicio de todo tipo que pueda surgir de mi participación en cualquiera de las actividades relacionadas con la ACTIVIDAD o en conexión a ellas, ya sea por negligencia o desatención por parte de la UNIVERSIDAD u otra razón.

Es mi expresa voluntad que este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad vincule a mi cónyuge, los miembros de mi familia y herencia, herederos, administradores, representantes personales y beneficiarios. Además, acepto dejar a salvo y liberar de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD de todo reclamo por las partes antes mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.

Reconozco que la UNIVERSIDAD no ofrece manifestación, garantía o promesa alguna en relación con la ACTIVIDAD y no asume responsabilidad alguna por daños materiales o perjuicios que pueda sufrir como resultado de la participación en la ACTIVIDAD.

Entiendo y acepto que esta es una exención de responsabilidad y un acuerdo de indemnización y que tiene como propósito ser **tan amplio e inclusivo como la ley lo permita**. Si alguna parte del presente documento queda sin validez, se acuerda que las cláusulas restantes, sin embargo, continuarán teniendo total validez y carácter legal.

Por la presente certifico que, con o sin ajustes,* no tengo razón o problema de salud alguno que impida o restrinja mi participación en la ACTIVIDAD. Por la presente expreso mi consentimiento y conocimiento de que soy el único responsable por los costos de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, de ser necesario, la admisión en un hospital acreditado para recibir dicha atención médica o el tratamiento por lesiones que pueda sufrir durante mi participación en cualquier actividad relacionada a la ACTIVIDAD.

*Si su participación requiere de ajustes, comuníquese con _____ al menos una semana (7 días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.
(INGRESAR el nombre y número de teléfono del contacto del Departamento)

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Al firmar este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad reconozco y hago constar: (a) que he leído este documento en su totalidad, que lo entendí y que lo firmo por voluntad propia; y (b) que este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad es el acuerdo total entre las partes del presente y sus términos tienen carácter contractual y no meramente declarativo.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

=====

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS: AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO CON EL ACUERDO DE LOS PADRES O TUTORES.

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD arriba mencionado. En mi nombre y en el de mi cónyuge, pareja o cotutor, o cualquier otra persona que declare que el participante es su dependiente, he leído el acuerdo anteriormente expuesto y que entiendo el contenido de este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad, estoy de acuerdo con sus términos y condiciones, y firmo este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en forma voluntaria. Reconozco que mi dependiente y yo estamos de acuerdo con los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y, por la presente, doy mi consentimiento para la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y para que reciba tratamiento médico si se considera necesario. Además acepto liberar de toda responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o causa que mi dependiente tenga o pueda tener.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO

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

Nombre del evento o actividad

Nombre del participante:

Apellido

Nombre

Inicial

Domicilio: _____

Dirección

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 noche

Celular

Otro teléfono

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

| | | |
|--|----|----|
| Tiene el participante una dieta restringida? Si la respuesta es sí, descríbalas: | Si | No |
| Padece el participante algún tipo de alergia? Si la respuesta es sí, anote el tipo de alergia. | Si | No |
| Anote el nombre de todos los medicamentos: | | |
| Anote el nombre y número de teléfono de su doctor: | | |

Como padre o tutor, 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 para hospitalizar, asegurar tratamiento de emergencia para, administrar inyecciones, anestesia y cirugía para mi hijo(a) nombrado en este formulario o para mí. Yo asumiré todas las obligaciones financieras incurridas que no están cubiertas por un seguro de salud.

Firma de padre, tutor o participante adulto

Fecha