

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, descríbala:

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