

FORMATO OFICIAL DE SALUD DE 4-H: Rev. 1-2016
POR FAVOR CONTESTE CON LETRA DE MOLDE Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

Tipo de Actividad: Condado/área Estatal Regional Nacional **Condado** _____

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

Ultimo Grado Escolar

Fecha de Nacimiento

Teléfono de casa

Otro teléfono

Contacto de Emergencia:

Nombre

Parentesco

Teléfono de día

Teléfono de noche

Celular

Otro teléfono

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

¿Tiene el solicitante una dieta restringida?	Si	No
¿Padece el solicitante algún tipo de alergia? Favor de anotar cual.	Si	No
Anote el nombre de medicamento prescrito:		
Anote el nombre y número de teléfono de su doctor:		

Como padre o tutor, autorizo todo esfuerzo necesario para contactarme en caso de surgir una emergencia para mi hijo. De igual forma, doy mi consentimiento y autorizo al personal médico seleccionado por el personal del evento 4-H para la toma de radiografías, pruebas de rutina, tratamiento médico, efectuar cualquier registro necesario así como proporcionar o coordinar el transporte necesario para la persona cuyo nombre aparece en el presente formato. Doy autorización y permiso al médico seleccionado por personal del evento 4-H a hospitalizar, asegurar tratamiento de emergencia, suministro de inyecciones, anestesia y cirugía para mi hijo (indicado) en el presente formato. Me comprometo a solventar todas las obligaciones financieras incurridas que no están cubiertas por un seguro de salud.

Firma de padre, tutor o participante adulto

Fecha