|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad de Wisconsin–ExtensiónFormulario de salud para eventos juveniles 2024-25 | Nombre del evento: |       |
| Fechas: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del (de la) joven: |       | Fecha de nacimiento |    */* */*      | Edad en el 1er  día del evento |       | Sexo:  | [ ] M [ ]  F  |
| Padre (madre) custodio(a)/tutor legal o esposo(a) |       |  | Dirección electrónica: |       |
| Números de teléfono: | Casa (     )     -      | Trabajo (     )     -      | Celular (     )     -      |  |
| Domicilio: |       |       |       |       |
|  | Calle | Ciudad | Estado | Código  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Segundo(a) padre (madre)/tutor legal y(o) contacto de emergencia: |       | Teléfono Casa: |  (     )     -      |
|  |  | Trabajo (     )     -      |
| Dirección: |       |       |       |       |
|  | Calle | Ciudad | Estado | Código  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **Problemas de salud (marque)** | **Sí** | **No** | **Alergias**  | **Lista de detalles específicos** |
| [ ]  | [ ]  | Asma | *[ ]*  | [ ]  | Picaduras de insectos |       |
| [ ]  | [ ]  | Diabetes | *[ ]*  | [ ]  | Alimentos |       |
| [ ]  | [ ]  | Epilepsia | *[ ]*  | [ ]  | Medicamentos |       |
| [ ]  | [ ]  | Psiquiátricos | *[ ]*  | [ ]  | Otras |       |
| [ ]  | [ ]  | Cognitivo/de desarrollo | [ ]  | [ ]  | ¿Requiere alguna alergia una inyección de EPIPEN? |
| [ ]  | [ ]  | ¿Algún mareo, desvanecimiento o desmayo asociado con ejercicio durante el año pasado? | [ ]  | [ ]  | ¿Necesita y debe llevar insulina el joven o la joven? |
| [ ]  | [ ]  | ¿Algún latido cardíaco sin explicación, rápido o irregular durante el año pasado? | [ ]  | [ ]  | ¿Necesita y tiene que llevar un inhalador el joven o la joven?  |
| [ ]  | [ ]  | Un médico ha prohibido o limitado la participación en deportes debido a un problema del corazón. | Fecha del último refuerzo contra el tétano: (dd/mm/aa)      |
|  |  |  |  |
| **Compañía de seguros:** |       | **Número de póliza de seguro**:      |

**Medicamentos que el campista tomará durante el evento o campamento:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento #1** | **Razón** | **Dosis (mg)** | A qué horas del día se administra | Médico que receta y su número de teléfono |
|       |       |       |       |       |
| Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UW-Extensión** **Formulario de salud para eventos juveniles** (Continuación) |  Nombre del participante:      |
|  Firma del padre (o madre) o tutor legal:      |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento #2** | **Razón** | **Dosis (mg)** | A qué horas del día se administra | Médico que receta y su número de teléfono |
|       |       |       |       |       |
| Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento #3** | **Razón** | **Dosis (mg)** | A qué horas del día se administra | Médico que receta y su número de teléfono |
|       |       |       |       |       |
| Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento #4** | **Razón** | **Dosis (mg)** | A qué horas del día se administra | Médico que receta y su número de teléfono |
|       |       |       |       |       |
| Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:  |

**Es posible que los programas tengan una cantidad limitada de medicamentos que no requieren receta. Escoja los medicamentos que se pueden administrar, si están disponibles.**

Acetaminofen (Tylenol): [ ] Sí [ ] No

Crema de hidrocortisona (anti-comezón): [ ] Sí [ ] No

Benadryl: [ ] Sí [ ] No

Ibuprofen: [ ] Sí [ ] No

# CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

**AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:**

Si su hijo, hija o pupilo será menor de 18 años cuando participe en un evento, campamento o programa de University of Wisconsin-Extension, es la política de los eventos, campamentos o programas obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos médicos. El medicamento o dispositivo médico debe ser administrado por personal de salud designado del evento, campamento o programa con la excepción de que una cantidad limitada de medicamento para afecciones potencialmente mortales puede ser llevada y administrada por su hijo, hija o pupilo(a) (por ejemplo, equipo para picaduras de abeja, inhalador, jeringa de insulina).

Es la política del evento o campamento obtener con su firma abajo su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos. Por favor marque todas las afirmaciones pertinentes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |  |
| [ ]  | [ ]  | Se ha traído medicamento al evento o campamento. | http://whyfiles.org/109stroke/images/citi.gif |
| [ ]  | [ ]  | Se ha(n) traído medicamento(s) recetado(s) al evento o campamento. Todos los medicamentos recetados deben estar en la botella de medicamento original y con una etiqueta con el nombre del joven participante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, dosis, número de la receta, fecha en que se recetó e instrucciones. Además, información sobre medicamentos recetados debe ser proporcionada por escrito al empleado de salud del evento o campamento con la información que se pide en una sección posterior de este formulario. |
| [ ]  | [ ]  | Se han traído medicamentos sin receta al evento o campamento y pueden ser administrados por un empleado de salud del evento o campamento según sea necesario. Todos los medicamentos sin receta deben llevar una etiqueta con el nombre del joven o de la joven participante, el nombre del medicamento, la dosis e instrucciones. |

Si su hijo, hija o pupilo(a) será menor de 18 cuando esté en el evento o campamento, es nuestra política obtener su consentimiento para **todo lo que aparece a continuación. Al firmar abajo,**

* Doy mi consentimiento por adelantado para tratamiento médico en un centro médico apropiado en caso de enfermedad o lesión.
* Declaro que estoy consciente de y acepto el riesgo inherente en las actividades del programa.
* Testifico que toda la información en este formulario es correcta y actualizada y que proporcionaré todas las modificaciones substanciales e importantes a cualquier información en este formulario a empleados del evento o campamento a más tardar en el momento de llegada.
* Me comprometo a eximir de responsabilidad e indemnizar a Board of Regents of the University of Wisconsin System (el Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin), y a University of Wisconsin-Extension (la Universidad de Wisconsin-Extensión), sus directivos, agentes y empleados de toda responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos sufridos, incurridos o requeridos como resultado de acciones de mi hijo, hija o pupilo(a) en el curso del evento o campamento.

|  |
| --- |
| **Nombre del participante (por favor escriba con letras de molde)**  |
|             |
| FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL |  | Fecha |

**Éste es el formulario aprobado para eventos y campamentos de 4-H.**