|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad de Wisconsin–Extensión  Formulario 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.**