



CONFIDENCIAL

**INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA JUVENIL 4-H DE LA
EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS**

ACTIVIDAD/PROGRAMA _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado/ Código Postal

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

PADRE (MADRE) / ENCARGADO/ OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación
Teléfono de Casa: (____)____-____: Teléfono del Trabajo (____)____-____

Teléfono celular: (____)____-____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado / Código Postal

Nombre: _____
Relación

Teléfono de Casa: (____)____-____: Teléfono del Trabajo (____)____-____

Teléfono celular: (____)____-____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado / Código Postal

INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Marque abajo cualquier información que crea que el personal y/o voluntarios puedan necesitar para aumentar la seguridad y bienestar del expositor o del personal. A la derecha de la condición médica hay espacio para incluir más información respecto a la condición marcada. Por favor sea específico. En caso de emergencia, esta información médica puede ser la única fuente importante de información exacta.

Nerviosa o mental (epilepsia, tensión emocional, convulsiones) _____

Enfermedades de los pulmones (asma, tos persistente, tuberculosis) _____

Enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, presión arterial alta o anormal _____

Dolor en el pecho o dificultad para respirar (soplo del corazón, fiebre reumática) _____

Malestar estomacal o intestinal (úlceras, vesícula biliar, desorden del hígado, ictericia, hernia, colitis) _____

Artritis, diabetes, enfermedades del riñón o vejiga _____

Fiebre de heno o alergias _____

Alergia a medicinas (incluyendo penicilina y tétanos) _____

Problemas de vista o audición; infecciones crónicas del oído _____

- [] Operaciones quirúrgicas recientes, accidentes o lesiones _____
- [] Alguna enfermedad infecciosa _____
- [] Enfermedad de la piel _____
- [] Alergia a comidas / alimentos _____
- [] Toma medicinas actualmente (haga una lista de los medicamentos y las dosis) _____
- [] Medicamentos que necesitan refrigeración _____
- [] Bajo cuidado médico (NOMBRE y TELÉFONO) para problemas crónicos o que se repiten _____

- [] ¿Usa anteojos / lentes? SI [] NO [] A VECES []
- [] ¿Usa lentes de contacto? SÍ [] NO [] A VECES []
- [] Fecha de la última vacuna contra tétanos _____
- [] Fecha de la última vacuna contra la gripa / resfriado _____
- [] Significativo impedimento ortopédico o nervio muscular (ejemplo: pérdida de una extremidad, lesión de la espina dorsal) _____

Médico de Atención Primaria _____

Hospital o Clínica: _____

Ciudad: _____ Estado _____ : Teléfono: (____) _____ - _____

Proveedor de Seguro Médico _____

Nombre Del Dueño: _____ Identificación /Número de Póliza: _____

Privacidad del Informe Médico *Es política de los Programas Juveniles 4-H de la Extensión de la Universidad de Illinois guardar en forma confidencial cualquier información médica que pueda tener respecto a los participantes del programa juvenil 4-H. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que tal información médica sea necesaria y pueda necesitar ser compartida con otras personas. Ejemplos pueden incluir: proveer información a personal médico en caso de una emergencia para poder tratar al joven; proveer información al personal de Extensión o voluntarios que están coordinando actividades específicas en caso de requerir cierta acomodación razonable, y proveer información a chaperones o familias anfitrionas responsables de la salud y seguridad de los participantes del programa en una actividad específica. Excepto en el caso de una emergencia, antes de compartir cualquier información médica, de aquellos ajenos a la Universidad, Extensión, o 4-H, se hará todo el esfuerzo para obtener permiso del participante del programa, padre, madre o persona responsable.*

Como padre (madre) o responsable, entiendo que si ocurre una seria enfermedad o lesión se proporcionará atención médica o de hospital. Aún más, entiendo que seré notificado(a) en caso de una seria enfermedad/lesión. Sin embargo, si es imposible contactarme, doy mi permiso para un tratamiento de emergencia, radiografía o cirugía de emergencia, según lo recomendado por el médico que atienda la emergencia.

También entiendo que cualquier seguro de accidentes (SI ES PROVEÍDO) para la actividad no cubre lesiones preexistentes o lesiones inflingidas a sí mismo.

FIRMA _____ **FECHA** _____
Padre/madre o guardian

