



Programa o actividad _____ Fecha del programa o actividad _____

Información del 4-H miembro

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Sexo _____ Teléfono _____

Información de los padres o tutor legal

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono alterno _____

Email _____ Text _____

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono alterno _____

Nombre de dos adultos con excepción de los padres o los tutores que pueden ser contactados en el caso de una emergencia.

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono alterno _____

Nombre _____ Teléfono _____ Teléfono alterno _____

Información médica

La siguiente información se solicita en caso de accidente o enfermedad para proporcionar un mejor tratamiento médico para su hijo. La información es opcional y no se requiere para la participación.

Nombre de médico _____ Teléfono _____

Fecha de su último examen físico _____ Alergias a medicamentos _____

Otras alergias _____

Describe Enfermedades o lesiones recientes _____

Describe enfermedades o lesiones recientes _____

Describe cualquier otra circunstancia que pueda ayudar a los líderes o profesionales de la salud a lidiar con el 4H miembro

Acuerdo de padres y tutores:

Yo entiendo que si se presenta un problema de salud, yo seré notificado, pero, que si no es posible contactarme por teléfono; se dará cualquier tratamiento médico, incluso cirugía, que sea necesario por personal médico competente; que cierta información necesaria será proporcionada para los tramites del seguro. Además, yo estoy conciente de que participación en este programa incluye riesgos tales como, pero no exclusivamente, los siguientes: de transportación de ida y regreso a los sitios de los programas; participación en: deportes y juegos recreativos, pistas con obstáculos y cuerdas, actividades acuáticas, excursionismo, así como otros riesgos impredecibles. Otros posibles riesgos son la exposición a enfermedades contagiosas y transmisibles, que entre otras, incluyen la COVID-19. Y para ningún otro fin que la participación en los programas de la 4-H coordinados por La Extensión Cooperativa ; por la presente yo eximo y para siempre libero: a la Universidad de Georgia, el Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individualmente, sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y toda reclamación, demandas y derechos y causas de acción que yo pueda tener en mi propio derecho o como representante legal de mis niño, como resultado o en conexión con su participación en el programa de la 4-H. Además, yo reconozco que por la causa indicada anteriormente no demandaré a: la Institución, el Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individualmente, sus funcionarios, agentes y empleados, por los daños y perjuicios, resultantes o exacerbados por la participación de mis niño en este programa. Yo estoy de acuerdo que la aceptación de este relevo, no constituirá una renuncia o impedimento, parcial o completo, de la protección soberana del dicho Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia, sus miembros individuales, sus funcionarios, agentes y empleados. Yo certifico la participación de mi niño en el programa de la 4-H es con miconocimiento y consentimiento. Hago constar que he leído y entendido las declaraciones arriba mencionadas. Por la presente autorizo al uso de las imágenes y voz de mi hijograbados en cualquier medio durante el programa para ser usadas por la Universidad de Georgia y el programa Georgia 4H a nombre del Consejo de Directores del Sistema de la Universidad de Georgia en cualquier publicación, medio o tecnología conocida en la actualidad o desarrollada en el futuro para cualquier propósito lícito si necesidad de miconsentimiento futuro. Entiendo que no recibiré compensación ulterior por el uso de estas grabaciones.

Firma de padre o guardián legal _____ Fecha _____

Favor que llenar los dos lados de hoja



Resumen de medicinas de receta y de venta sin receta

GREENE

Nombre del 4-H miembro: _____ Condado _____

El padre o encargado debe incluir cualquier medicamento sin receta que pueda ser administrado al participante 4-H en caso de enfermedad. Además, incluya cualquier y todo medicamento que regularmente sea consumido por el participante 4-H incluyendo medicamentos con o sin receta.

Indique Sí o No si autoriza a su hijo a tomar los siguientes medicamentos durante el programa 4-H

1. Acetaminophen (Tylenol ®) o Ibuprofen (Motrin ® or Advil ®) en la dosis adecuada para la edad y peso en caso de malestar, dolor o fiebre
 Sí No *** El padre o encargado será contactado si la fiebre es de 100° F o mayor.
2. Anti ácido líquido o en tabletas para la indigestión/malestar estomacal menor en la dosis recomendada para la edad
 Sí No
3. Diphenhydramine (Benadryl®) para síntomas de reacciones alérgicas, picadas de insectos o salpullido en la dosis apropiada
 Sí No
4. Aerosol para aliviar el dolor de garganta
 Sí No
5. Tabletas para aliviar al tos
 Sí No
6. Ungüento para el picor y salpullido para irritación de la piel
 Sí No
7. Gotas lubricantes para los ojos en caso de irritación
 Sí No
8. Gel para aliviar el dolor en los dientes
 Sí No
9. Ungüento triple antibiótico para heridas y raspaduras en la piel
 Sí No

Por favor indique cualquier receta o medicamento sin receta que su hijo esté tomando en la actualidad. Esta información es necesaria en caso de que su hijo tenga que recibir tratamiento médico. Ejemplos: Claritin, vitaminas, etc. Si los medicamentos a continuación deben ser administrados durante el evento, complete el Georgia 4-H Formulario de Medicamentos.

Medicamento	Condición Tratada

Soy el padre/tutor de _____ y doy consentimiento para que los medicamentos indicados sean administrados como se indica. Al firmar abajo, estoy certificando que la información brindada es correcta.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Favor que llenar los dos lados de hoja