



# Formulario de Participación en el Programa Kansas 4-H



**Nota:** Este formulario debe ser completado por el participante y/o uno de sus padres o su guardián para participar en el programa 4-H. Deben completar todas las respuestas, incluso si la respuesta no aplica – en ese caso deben indicarlo escribiendo N/A (por ejemplo: sin seguro médico). Si fallan en completar este formulario en su totalidad, esto resultará en hacer que la persona sea inelegible para participar en actividades del 4-H.

**Por favor escriba en letra de molde con tinta azul o negra para poder fotocopiarlo.**

Nombre		Condado/Distrito			
Apellido		Primer Nombre			
Dirección	Fecha de Nacimiento  Mes/Día/Año	Edad	<input type="checkbox"/> Joven  <input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Mujer  <input type="checkbox"/> Hombre	
Ciudad			KS	Código Postal	
Correo Electrónico			Tel. Casa		
Contacto en Caso de Emergencia #1		Tel. CASA/ OF/CEL		Tel. CASA/ OF/CEL	
Contacto en Caso de Emergencia #2		Tel. CASA/ OF/CEL		Tel. CASA/ OF/CEL	
Nombre del Doctor Familiar			Tel. Doctor		
Compañía de Seguro de Salud			Póliza #		
Nombre del Asegurado			Relación al Participante		

## Historial de Salud

¿El participante tiene, o en cualquier momento ha tenido, cualquiera de los siguientes? Marque “Sí” o “No” en cada instancia.

Favor explicar todas las respuestas marcadas “Sí” (anotando el número correspondiente) en el espacio de abajo o en una hoja de papel adicional de ser necesario. Reportar estas condiciones no va a prevenir que la persona participe en el programa y las respuestas serán confidenciales.

Favor explicar las respuestas marcadas “Sí” y proveer información sobre problemas médicos recientes (incluyendo heridas y cirugías), reacciones alérgicas, reglas dietéticas especiales, medicamentos actuales y cualquier actividad específica que debe limitarse, o cualquier otro comentario.

	<i>Si</i>	<i>No</i>
1) Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bronquitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Infección de Oído .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Desmayo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Condición Cardíaca .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Dolores de Cabeza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Hipoglicemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Picaduras Graves de Insecto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Usa Anteojos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Usa Lentes de Contacto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Otras Condiciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Alergia a la Penicilina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Alergia a la Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Alergia al Tétano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Otras Alergias a Drogas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Alergias a Alimentos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Intoxicación Grave a la Hiedra Venenosa, Roble o Zumaque Venenosos ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Otras Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la Última Vacuna contra el Tétano _____		

Pueden administrarle a mi niño los siguientes medicamentos sin receta médica, sin necesidad de comunicármelo.

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamínicos  | <input type="checkbox"/> Antiácidos | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) | <input type="checkbox"/> Acetaminofén (genérico, Tylenol)      |
| <input type="checkbox"/> Descongestionante | <input type="checkbox"/> Dramamina  | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona     | <input type="checkbox"/> Polisporín (antibióticos de contacto) |
- Favor contactarme para obtener permiso de administrar cualquier otro medicamento sin receta médica.**

### Autorización para Publicidad

Autorizo al Programa de Investigación y Extensión de la Universidad Estatal de Kansas y la Fundación 4-H de Kansas o sus designados a grabar y fotografiar mi imagen y voz (o la de mi hijo, si es menor de 18 años) para su uso en programas de investigación, educación y promoción. También reconozco que estas grabaciones de audio, vídeo e imágenes son propiedad del Programa de Investigación y Extensión de la Universidad Estatal de Kansas y la Fundación 4-H de Kansas.

**No, no autorizo el uso de mi imagen o voz individual, o la de mi hijo.**

### Autorización para Evaluación

- Por este medio establezco mi disposición para participar como un adulto (ej. líder 4-H, otro voluntario, padre/guardián, gerente de sitio, etc.) y doy permiso para que mi hijo (menor de 18 años de edad) complete las evaluaciones que serán usadas para determinar la efectividad del programa o para promover el programa.
  - Comprendo que la participación en las evaluaciones del programa es voluntaria y que mi persona o mi hijo podemos optar por no participar y podemos retirarnos de las evaluaciones sin que esto afecte mi elegibilidad o la de mi hijo a participar en el programa 4-H.
  - Comprendo que a mi persona y mi hijo se nos pedirá nuestro consentimiento antes de completar una evaluación.
- No, no estoy dispuesto a participar – o dar permiso para que mi hijo participe – en ninguna evaluación del programa.**

## Código de Conducta del Programa 4-H de Kansas

Como participante del programa 4-H de Kansas, usted tiene la responsabilidad de representar al programa 4-H de Kansas en público. Se espera que usted se comporte de tal manera que llenará de honor a usted, su familia y 4-H. Para ello, usted debe:

- 1) Conducirse usted mismo y conducir su trabajo o proyecto de una manera que sea digna de confianza, respetuosa, responsable, leal, cuidadosa y que fomente el buen civismo.
- 2) Ser responsable de sus acciones al seguir las reglas y ser responsable. Esto incluye estar en sitios/sesiones para programas asignados, respetando los plazos, las horas y los arreglos de hospedaje. Si no puede participar o necesita asistencia, notificar a los responsables del programa/evento.
- 3) Tratar a usted mismo, a otras personas, animales y propiedad con respeto, con buenos modales, vestirse adecuadamente y no utilizar palabras soeces. Usted será personalmente responsable por cualquier daño causado por su comportamiento. Sepa que el uso de tabaco, alcohol y drogas no prescritas, por los jóvenes es ilegal.
- 4) Demostrar afecto a las demás personas. Sepa que el acoso de cualquier tipo es ilegal y prohibido en todos los eventos del 4-H.
- 5) Ser un buen ciudadano al participar plenamente, y ayudar a aquellos que le rodean a tener experiencias positivas.

*MIEMBROS: He leído el Código de Conducta expuesto arriba y acepto cumplir con estas expectativas. Me doy cuenta que si fallo en cumplirlo podría provocar una pérdida de privilegios durante eventos y/o en el futuro.*

*ADULTOS: He leído el Código de Conducta expuesto arriba así como el Código de Ética dentro del Perfil de Información para Voluntarios (VIP) del programa 4-H de Kansas y acepto cumplir con las expectativas de ambos. Me doy cuenta que si fallo en cumplirlos podría provocar una pérdida de privilegios durante eventos y/o en el futuro.*

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Verificación

Yo, \_\_\_\_\_ (padre/guardián o adulto participante) comprendo que los participantes serán supervisados y que, si se desarrolla una enfermedad o lesión grave, se dará atención médica y hospitalaria. Por este medio doy mi permiso para que el médico a cargo hospitalice, asegure un tratamiento adecuado y ordene una inyección, anestesia o cirugía para mi hijo o para mí y afirmo que la información en el historial de salud es verdadera y correcta, de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia.

He leído y comprendido el código de conducta de Kansas 4-H, El Código de Ética para Voluntarios del programa 4-H de Kansas (para participantes adultos), la Autorización para Publicidad y la Autorización para Evaluación.

Por este medio exonero al Centro 4-H de Rock Springs, a la Fundación 4-H de Kansas, a las juntas directivas locales de extensión, a la Universidad Estatal de Kansas, al Estado de Kansas y a sus agentes, oficiales y empleados, de todos los reclamos, demandas, y causas de acción de cualquier tipo, incluyendo reclamos por negligencia, los cuales pueden surgir de mi participación o la de mi hijo menor de edad en cualquier actividad auspiciada por el programa 4-H de Kansas, y esta exoneración está específicamente otorgada considerando los servicios, programas y actividades, incluyendo actividades que involucran caballos, proveídos por el Centro 4-H de Rock Springs y por permitir que participe.

Firma del Padre/Guardián o Participante Adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Estación Experimental Agrícola y Servicio de Extensión Cooperativa de la Universidad Estatal de Kansas**

MG35S

Octubre del 2011

El Servicio de Investigación y Extensión de K-State es un proveedor y empleador con oportunidades equitativas. Emitida en cumplimiento de la Labor de Extensión Cooperativa, Actas del 8 de mayo y el 30 de junio de 1914, según enmienda. La Universidad Estatal de Kansas, los Concilios de Extensión de los Condados, los Distritos de Extensión y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, cooperando.

Gary Pierzynski, Director Interino