



**INFORMACIÓN MÉDICA DE 4-H Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS EVENTOS PATROCINADOS POR
4-H DE CAROLINA DEL NORTE**

4-H MEDICAL INFORMATION AND INFORMED CONSENT FOR TREATMENT FOR NC 4-H SPONSORED EVENTS

Nombre del participante en 4-H _____

POR FAVOR LEER Y LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO. ESTE FORMULARIO DEBE SER ENTREGADO AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN OFICIAL DEL EVENTO PATROCINADO POR 4-H AL QUE ESTÁ ASISTIENDO.

I. Información Médica

Alergias conocidas de alimentos, drogas, picaduras o mordeduras de insectos, etc.: _____

Preocupaciones o condiciones médicas especiales que los supervisores del evento deben saber, incluyendo enfermedades contagiosas, epilepsia, asma, diabetes, lesiones previas de los huesos/articulaciones, etc.:

Haga una lista de las necesidades alimenticias especiales:

Medicinas que está tomando actualmente (nombre de la medicina, dosis y frecuencia):

Médico de familia: Nombre _____ # de teléfono (____) _____

Dirección _____

II. Información del Seguro

El programa 4-H compra seguro para los jóvenes participantes para muchos de los eventos patrocinados. En algunos casos, esta cobertura no pagará algunos costos médicos y puede ser necesario enviarle la cuenta a la familia o a su compañía de seguros.

Compañía de seguro de salud _____

Póliza de seguro de salud _____

Dirección de la compañía _____

Número de teléfono de la compañía (____) _____

III.

Si usted es una persona con una discapacidad y desea algún equipo, servicio de ayuda u otra acomodación para participar en esta actividad, por favor comuníquese con _____ [nombre, oficina] al _____ [número de teléfono/TTY] durante las horas de oficina de 8 A.M. y 5 P.M. para hablar sobre las acomodaciones por lo menos _____ [horas/días] antes de la actividad.

Firmas Reconociendo las Partes I, II y III

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor legal: Casa _____ Trabajo _____

IV. Consentimiento Informado

En caso de que un participante necesite asistencia médica de menor importancia de parte de 4-H o asistencia médica de mayor importancia de un proveedor de salud calificado, incluyendo en casos raros una posible hospitalización y/o cirugía, se pide al padre/madre/tutor legal que firme el formulario de consentimiento informado a continuación. En caso de una condición médica seria, 4-H hará todo el esfuerzo posible de notificar a los padres, pero la primera prioridad puede ser el proveer cuidado al participante.

Autorización de Consentimiento Para el Cuidado Médico Para el Menor

Yo, _____, del condado _____, soy el
Nombre del padre/madre/tutor legal *Nombre del Condado*
padre/madre/tutor con custodia legal de _____, un niño(a) menor de edad, de _____
Nombre del niño(a) *Edad*
años de edad, nacido el _____. Autorizo a cualquier adulto(s) que actúa como agente(s)
Fecha de nacimiento

(incluyendo a los voluntarios oficiales) o a los empleados del programa 4-H de _____ en
quienes está confiado el cuidado del menor, a hacer cualquier acto que pueda ser necesario o apropiado para
proveer el cuidado de salud del menor, incluyendo, pero no limitado a, el poder (i) para proveer tal cuidado
médico en cualquier hospital u otra institución, o ser atendido por cualquier médico, dentista, enfermera(o), u
otra persona para tal cuidado médico y (ii) consentir y autorizar cualquier cuidado médico, incluyendo la
administración de anestesia, examen de rayos X, efectuar operaciones y otros procedimientos por médicos,
dentistas y otro personal médico con excepción de la retención o retiro de los procedimientos de mantenimiento
de la vida.

Este consentimiento estará vigente por un año de la fecha de su ejecución.

Firma del padre/madre/tutor con custodia legal _____ Fecha _____

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE
CONDADO _____

En este día _____ de _____ del 20 ____, compareció ante mí personalmente dicho nombre,
_____, conocido por mí y sabido por mí de ser la persona descrita y quién ejecutó
el instrumento anterior y él (o ella) reconoció que él (o ella) ejecutó el mismo y al estar debidamente bajo
juramento ante mí, juró que las declaraciones en el instrumento anterior son verdaderas.

Mi comisión expira _____ del 20 _____.

Notario público

(SELLO OFICIAL)