

# Desarrollo Juvenil, Programa 4-H de Carolina del Norte

# Historial Médico y Formulario de Autorización

Condado/Grupo 4-H \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_ (debe actualizarse anualmente)

#### Participante de *4-H* *Apellido*   *Primer nombre* Inicial segundo nombre

Fecha nacimiento\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Edad al 1o enero \_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Dirección:

  *Calle*  *Ciudad*   *Estado Código Postal*

Nombre del padre, madre o tutor legal: Teléfono: (\_\_\_\_)

Nombre del segundo padre, madre o tutor o bien, persona contacto en caso de emergencia:

Dirección: Teléfono:(\_\_\_\_)

Si no están disponibles en caso de emergencia, notificar a (nombre de la persona):

Parentesco: Teléfono: (\_\_\_\_)

#### Historial médico

La siguiente información debe ser llenada por el padre, madre, tutor o un adulto. Es obligatorio actualizar los datos anualmente Para asistir a un campamento residencial, al participante se le debe realizar un examen de salud por parte de personal médico con licencia con menos de 24 meses antes de participar en el campamento. La intención de esta información es proporcionar antecedentes al personal de salud del Programa NC 4-H a fin de dar la atención adecuada. Conserve una copia de este formulario lleno. Cualquier cambio a este formulario, debe entregarse al Programa NC 4-H. Proporcione información completa de manera que el Programa NC 4-H pueda tener conocimiento de sus necesidades.

#### MEDICAMENTOS

Por favor anote **TODOS** los medicamentos que posiblemente pueda tomar, incluyendo los de venta libre o no recetados, por ejemplo: *Tylenol, Pepto-Bismol, Benadryl,* etc. Si va a asistir a un evento fuera del condado, lleve consigo cantidades suficientes de medicamentos que duren todo el tiempo que esté fuera. Mantenga el medicamento en el envase/empaque original que identifique al médico que lo receta (si es recetado), nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración.

🞎 Esta persona NO toma medicamentos de manera periódica.

🞎 Esta persona toma medicamentos como se indica:

Medicamento#1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de tomarla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento#2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de tomarla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento#3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de tomarla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento#4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de tomarla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta persona puede tomar los siguientes medicamentos según se necesite:

🞎 Aspirina 🞎 Tylenol 🞎 Ibuprofeno 🞎 Benadryl 🞎 Pepto-Bismol 🞎 Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias conocidas por alimentos, medicamentos, picaduras de insectos o mordidas, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Restricciones alimentarias -** Esta persona tiene las siguientes restricciones:

🞎 Dieta vegetariana

🞎 Dieta vegana

🞎 Otra (describir) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explique cualquier restricción de actividad (por ejemplo: lo que no puede hacer, o qué adaptaciones o limitaciones son necesarias): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preguntas generales** (explique sus respuestas afirmativas “sí”)

 El/La participante: **Sí No** **Sí No**

 1. ¿Ha tenido una lesión, enfermedad o infección recientemente? 🞎 🞎

 2. ¿Ha tenido una enfermedad/condición médica crónica o recurrente? 🞎 🞎

 3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a? 🞎 🞎

 4. ¿Alguna vez lo han operado? 🞎 🞎

 5. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? 🞎 🞎

 6. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza? 🞎 🞎

 7. ¿Alguna vez ha quedado inconsciente? 🞎 🞎

 8. ¿Usa lentes, lentes de contacto o anteojos protectores? 🞎 🞎

 9. ¿Alguna vez ha tenido infecciones de oído frecuentes? 🞎 🞎

10. ¿Alguna vez se ha mareado/desmayado durante o

 después de hacer ejercicio? 🞎 🞎

11. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? 🞎 🞎

12. ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho durante o

 después de hacer ejercicio? 🞎 🞎

13. ¿Alguna vez ha tenido la presión arterial alta? 🞎 🞎

14. ¿Alguna vez le han diagnosticado/a un soplo cardíaco? 🞎 🞎

15. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la espalda? 🞎 🞎

16. ¿Alguna vez ha tenido problemas en las articulaciones? 🞎 🞎

17. ¿Tiene problemas en la piel? 🞎 🞎

18. ¿Tiene diabetes? 🞎 🞎

19. ¿Tiene asma? 🞎 🞎

20. ¿Ha tenido mononucleosis en los últimos 12 meses? 🞎 🞎

21. ¿Tiene problemas de sonambulismo? 🞎 🞎

22. ¿Tiene problemas de mojar la cama? 🞎 🞎

23. ¿Alguna vez ha tenido trastornos de la alimentación? 🞎 🞎

**Explique sus respuestas en que indicó “sí”, anote el número de la pregunta correspondiente**. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencione cualquier inquietud/estado de salud sobre la cual los supervisores deberían estar enterados, incluyendo enfermedades contagiosas, epilepsia, asma, diabetes, lesiones anteriores en huesos/articulaciones, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes enfermedades ha padecido el participante?

🞎 Sarampión

🞎 Varicela

🞎 Rubéola

🞎 Paperas

🞎 Hepatitis A

🞎 Hepatitis B

🞎 Hepatitis C

Prueba de tuberculosis *TB Mantoux* Fecha de la última prueba\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado: 🞎 Positiva 🞎 Negativa

**En este espacio dé más información acerca de la conducta del participante, así como de su salud física, emocional y mental sobre la cual el personal del Programa de NC 4-H deba estar enterado.**  \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico de la familia: Teléfono: (\_\_\_\_)

#### Dirección:

  *Calle*   *Ciudad Estado Código postal*

Nombre del dentista/ortodoncista de cabecera: Teléfono: (\_\_\_\_)

#### Dirección:

  *Calle*   *Ciudad Estado Código postal*

**Información de seguro médico:**

En el caso de muchos eventos patrocinados, el programa 4-H compra seguro contra accidentes para los jóvenes participantes. Dicha cobertura no sustituye el seguro médico personal y posiblemente no cubra todos los gastos médicos ni por accidentes. Por lo tanto, los proveedores médicos posiblemente envíen una factura a la familia o a la compañía de seguros por los servicios prestados. Por favor proporcione la siguiente información:

Compañía *de seguro médico*

Número de póliza de seguro médico

Dirección de la compañía

Número telefónico de la compañía ( )

Autorización del padre, madre o tutor legal: A mi mejor saber, el presente historial de salud es correcto y está completo. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del Programa de 4-H, con las excepciones indicadas.

Por la presente, otorgo permiso para que NC 4-H proporcione atención médica de rutina, administre medicamentos recetados y busque tratamiento médico de emergencia, incluyendo órdenes de rayos-X y pruebas de rutina. Estoy de acuerdo en que se divulgue cualquier expediente médico necesario para propósitos de tratamiento, remisión, facturación o reclamación ante aseguradoras. Otorgo permiso a NC 4-H para que haga los arreglos médicos necesarios relacionados con el transporte para mí o mi niño/a.

La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del Programa 4-H, con las excepciones indicadas. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no es posible establecer comunicación conmigo en una emergencia, por la presente otorgo permiso al médico que seleccione NC 4-H para asegurar que la persona nombrada arriba reciba tratamiento médico, incluyendo hospitalización. Este formulario lleno puede ser fotocopiado para casos de eventos fuera del condado.

Firma del padre, madre, tutor legal o bien, del personal/adulto responsable del campamento

Nombre en letra de molde: Fecha:

**Permiso de custodia:** Posiblemente se le pida presentar identificación con fotografía en el mostrador de salida. Esto se hace por la seguridad de su niño/a. Le pedimos que tenga en mente esta política antes de recoger a su niño/a. Por la presente, otorgo permiso para que a mi niño/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se le permita salir del programa 4-H después de las actividades. Mi niño/a será entregado bajo custodia de:

 (Nombre de las personas autorizadas para recoger a su niño/a)

Si es necesario que mi niño/a se tenga que ir antes de que termine el programa debido a una enfermedad, lesión o problemas de comportamiento y no es posible establecer comunicación conmigo, por la presente otorgo permiso para que mi niño/a sea entregado/a bajo custodia de:

 (Nombre de la persona contacto en emergencia o persona autorizada para recoger a su niño/a)

**Solamente para uso del personal de 4-H:**

Participante de 4-H fue recogido por: Firma del personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Formulario de autorización

**Recomendaciones de atención de salud del personal médico con licencia - solamente para los participantes del campamento 4-H.**

Yo examiné a esta persona el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Presión arterial\_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_\_

En mi opinión, el solicitante nombrado arriba 🞎 sí es capaz 🞎 no es capaz de participar en un programa de campamento activo.

Restricciones/Recomendaciones:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento a ser continuado en el campamento o medicamentos a ser administrados en el campamento (nombre, dosis, frecuencia)

Información adicional para el personal de atención de salud en el campamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del personal de atención de salud con licencia:** \_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En letra de molde Cargo:

#### Dirección: Teléfono: (\_\_\_\_)

 Calle  *Ciudad*  *Estado Código Postal*

Escriba las fechas de vacunación

(Se puede anexar copia de cartilla de vacunación)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacuna** | **Mes/año** | **Mes/año** | **Mes/año** | **Mes/año**  |
| DTP (contra difteria, tétanos y tos ferina) |  |  |  |  |
| TD (contra tétanos y difteria) |  |  |  |  |
| Contra el tétanos |  |  |  |  |
| Contra la polio |  |  |  |  |
| MMR (contra sarampión, paperas y rubéola) |  |  |  |  |
| ó contra sarampión |  |  |  |  |
| ó contra paperas |  |  |  |  |
| ó contra rubéola |  |  |  |  |
| ó contra influenza hemófila |  |  |  |  |
| Contra Hepatitis B |  |  |  |  |
| Contra varicela |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Expediente de evaluación: Solamente para uso del campamento** Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos recibidos

Actualizaciones/adiciones al historial médico

Necesidades de atención de salud identificadas

Evaluado por: