



Nombre del miembro: _____
Nombre Apellido Inicial del segundo nombre Nombre de preferencia (si es necesario)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

HISTORIAL DE SALUD

La siguiente información debe ser completada por el padre/tutor, o adulto. El propósito de esta información es proveerle a NC 4-H los antecedentes necesarios para proporcionar los cuidados apropiados y ayudar al personal de atención médica en caso de emergencia. Cualquier cambio en este formulario debe ser proporcionado a NC 4-H. El formulario de Historial de salud de 4-H **se requiere anualmente**. Proporcione la información completa para que NC 4-H pueda estar al tanto de sus necesidades.

***Nota:** Los jóvenes que se inscriban para asistir a un "Campamento Residencial 4-H" deben someterse a un examen médico realizado por un personal médico autorizado y aprobado dentro de los 24 meses anteriores a la participación en el campamento y presentar el formulario completado: "Health Care Recommendations by Licensed Medical Personnel for 4-H Camp Participants form" (Recomendaciones de Atención Médica por parte de Personal Médico Autorizado para Participantes en el Campamento 4-H).*

EXPOSICIÓN: ¿Ha tenido el participante, alguna de las siguientes condiciones?

Varicela: Sí No **Sarampión:** Sí No **Tuberculosis:** Sí No

Enumere cualquier otra exposición contagiosa (de haberla tenido, proporcione detalles): Sí No

VACUNAS

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ **Fecha de la última vacuna contra el tétano:** _____

ATENCIÓN MÉDICA: Complete esta sección con la información médica y odontológica del participante* Esta información será usada únicamente en caso de una emergencia médica u odontológica.

Médico de cabecera: _____ **Teléfono del médico de cabecera:** (____) _____

Dirección de la clínica: _____

Nombre del dentista: _____ **Teléfono del dentista:** (____) _____

OBSERVACIONES: Anote cualquier adaptación necesaria debido a una discapacidad (explique las respuestas afirmativas). Sí No

HISTORIAL: ¿Incluye el historial médico de este participante alguno de los siguientes aspectos? (explique las respuestas afirmativas)

Enfermedad crónica aguda: Sí No Traumatismo cerebral: Sí No Restricciones / Limitaciones de actividad: Sí No

Tuvo una lesión, enfermedad o condición infecciosa reciente: Sí No ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha sido operado?: Sí No

SEGURO DE SALUD: El programa 4-H compra un seguro de accidentes para los jóvenes participantes en muchos de nuestros eventos patrocinados. Esta cobertura no es un sustituto de un seguro médico personal, y puede no cubrir todos los gastos médicos o del accidente. Por lo tanto, los proveedores médicos podrían considerar necesario facturar a la familia o a su compañía de seguro por los servicios médicos prestados. Por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre de la compañía: _____ Número de la póliza / grupo: _____

AFECCIONES MÉDICAS: El participante presenta o ha tenido:

¿TDA o TDAH? Sí No

¿Ansiedad? Sí No

¿Artritis? Sí No

¿Síndrome de Asperger? Sí No

¿Asma? Sí No

¿Enfermedad autoinmune? Sí No

¿Problemas de espalda? Sí No

¿Dolor en el pecho durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Problemas de articulaciones? Sí No

¿Convulsiones o ataques epilépticos? Sí No

¿Diabetes? Sí No

¿Mareos durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Infecciones frecuentes? Sí No

¿Trastorno alimenticio? Sí No

¿Historial de mojar la cama? Sí No

¿Mareo / Desmayos durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Dolores de cabeza frecuentes? Sí No

¿Lesión craneal? Sí No

¿Diagnóstico de soplo del corazón? Sí No

¿Hepatitis A, B o C? Sí No

¿Hipertensión? Sí No

¿Mononucleosis en los últimos 12 meses? Sí No

¿Paperas? Sí No

¿Trastorno nervioso? Sí No

¿Sangrado nasal frecuente? Sí No

¿Sonambulismo? Sí No

¿Un trastorno mental? Sí No

¿Migrañas? Sí No

¿Problemas cutáneos? Sí No

¿Problemas estomacales? Sí No

Anote cualquier restricción o limitaciones respecto a las actividades del programa (p. ej. Lo que no puede hacer, que adaptaciones o limitaciones son necesarias):

Sí No Explique las respuestas afirmativas.

DISPOSITIVOS:

¿Usa lentes de contacto? Sí No

¿Auto inyector de epinefrina? (añada detalles) Sí No

¿Usa anteojos o lentes protectores? Sí No

¿Aparato auditivo? Sí No

¿Inhalador (añada detalles)? Sí No

¿Cualquier otro dispositivo? (añada detalles) Sí No

ALERGIAS: Por favor enumere todas sus alergias:

Aspirina Sí No Picaduras de insectos Sí No

Lácteos Sí No

Huevos Sí No

Gluten Sí No

Nueces Sí No

Maní Sí No

Penicilina Sí No

Mariscos Sí No

Soya Sí No

Sulfamida Sí No

Protector solar Sí No

Vacuna antitetánica Sí No

Trigo Sí No

Anote aquí cualquier otra alergia: Sí No Anote aquí cualquier otra consideración dietética: Sí No

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS: Los siguientes medicamentos de venta libre, sin receta médica, pueden ser administrados a mi hijo(a), sin necesidad de ponerse en contacto conmigo.

Acetaminofén Yes No

Antiácido Yes No

Ungüento antibiótico Yes No

Antihistamínico Sí No

Aspirina Yes No

Ibuprofeno Yes No

Imodium Sí No

Medicamento para picaduras de insectos Sí No

Repelente de insectos Sí No

Pepto Bismol Sí No

Protector solar Sí No

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información de este historial de salud es correcta y está completa hasta donde tengo conocimiento. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del programa 4-H excepto aquellas que se han señalado. Por medio de la presente doy mi consentimiento al Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para administrar medicamentos autorizados y recetados y acudir a tratamiento médico de emergencia, incluyendo la solicitud de rayos X o pruebas de rutina. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para propósitos del tratamiento, la remisión, la facturación o el seguro médico. Doy permiso a al Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para concertar el transporte necesario para la persona aquí descrita.

En caso de que no me puedan localizar en alguna situación de emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para que obtenga y administre el tratamiento, incluyendo la hospitalización, de la persona aquí descrita. Este formulario completo puede ser fotocopiado para viajes fuera del condado o del estado.

Nombre del/la miembro: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Sí, doy mi autorización

No, No doy mi autorización