

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO
PROGRAMA 4-H PARA JOVENES
ESTADO DE CALIFORNIA**

Autorizo a mi hijo/a _____ a asistir a _____
Nombre del niño/a Nombre de la actividad o reunión del Programa 4-H

que se realizará en, o cerca de _____
Nombre de la ciudad o lugar

en _____ del _____ al _____.
Nombre del estado o condado Fecha de comienzo Fecha de terminación

Por la presente certifico que mi hijo/a goza de buena salud y puede viajar y participar en esta actividad del Programa 4-H.

Durante su asistencia a dicha actividad o en el curso de los viajes de ida y de regreso, AUTORIZO AL LIDER ADULTO DEL PROGRAMA 4-H, o en su ausencia o incapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o lo ayude, PARA QUE CONSIENTA Y PERMITA QUE SE LE PRESTE LA SIGUIENTE ATENCION MEDICA AL MENCIONADO MENOR:

Exámenes con Rayos-X (radiografías), anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y atención hospitalaria que se administre de acuerdo a las indicaciones de cualquier médico y/o cirujano licenciado conforme a las disposiciones vigentes de la Ley de Práctica de la Medicina; o cualquier examen con Rayos-X (radiografías), anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y atención hospitalaria administrada por un dentista licenciado conforme a las disposiciones de la Ley de Práctica Dental.

Esta autorización se otorga conforme a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Dicha autorización tendrá vigencia hasta que mi hijo/a complete las actividades de este programa, a menos que dicha autorización sea revocada anteriormente por escrito. Como padre/madre/tutor legal, me haré cargo del costo de cualquier servicio o tratamiento que se le administre al menor y que no haya sido cubierto por el Programa de Seguro Contra Accidentes para Jóvenes del 4-H auspiciado por la Extensión Cooperativa de la Universidad de California.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

_____ fecha _____ firma del padre/madre o tutor legal _____ teléfono de emergencia (día)

_____ dirección _____ código postal _____ teléfono de emergencia (noche)

FAVOR DE COMPLETAR EL HISTORIAL MEDICO EN EL REVERSO DE ESTA HOJA

Las disposiciones de la Universidad exigen que se suministre la siguiente información cuando se solicita información personal al padre/madre/tutor legal sobre su hijo/a, por autoridad del Acto Smith-Lever. El suministro de la información médica es voluntario. Sin embargo, se requiere la firma del padre/madre/tutor legal. Falta de historial médico y de autorización para la atención médica pueden impedir que se suministre el tratamiento necesario. Usted tiene el derecho de examinar los archivos de la Universidad que contienen información personal sobre usted o su hijo/a salvo ciertas excepciones indicadas en los reglamentos y estatutos. La copia de las disposiciones de la Universidad referentes a la obtención, uso o revelación de información personal está a disposición de los interesados en: Division of Agriculture and Natural Resources, 4-H, DANR, North Central Region, University of California, Davis California 95616. Usted tiene derecho a examinar sólo sus propios legajos y los de su hijo/a. La transferencia de la información a otras agencias intergubernamentales no se halla prevista.

INFORMACION DEL HISTORIAL MEDICO

Nombre del miembro del 4-H _____

Marque el espacio apropiado:	SI	NO	Marque el espacio apropiado:	SI	NO
Resfríos.....	_____	_____	Enfermedades del corazón.....	_____	_____
Dolores de garganta.....	_____	_____	Asthma.....	_____	_____
Desmayos.....	_____	_____	Enfermedades de los pulmones	_____	_____
Bronquitis.....	_____	_____	Sinusitis.....	_____	_____
Convulsiones.....	_____	_____	Hernia(ruptura).....	_____	_____
Calambres. . .	_____	_____	Apendicitis.....	_____	_____
Alegías.....	_____	_____	¿Le han quitado el apéndice?	_____	_____

¿Tiene buena vista? _____
¿Oye bien _____

¿Camina dormido? _____
¿Está bajo tratamiento médico? _____

¿Cuándo fue su hijo/a vacunado contra?:

Difteria _____
Tifodea _____
Poliomeilities _____

Virguela _____
Tétano _____
Sarampión _____

Identifique las alergias de su hijo/a, inclusive alergias a medicinas o reacciones con ciertas drogas.

Describa cualquier tipo de impedimento o incapacidad que pueda limitar las actividades de su hijo/a en esta reunión del 4-H, por ejemplo: vista, oído, habla, parálisis, diabetes, úlcera, etc.

Detalle todas las medicinas que su hijo/a toma actualmente.

Nombre de la medicina	Dosis	Cuándo debe tomarla
<hr/>		
<hr/>		

Observaciones e intrucciones especiales.

De conformidad con las leyes federales y estatales precedentes, y con la política universitaria, la Universidad de California no discrimina por razones de raza, color, origen nacional, religión, sexo, incapacidad, edad, estado de salud (casos de cancer), ascendencia, estado civil, ciudadanía, orientación sexual o condición de veterano de la era de Vietnam, o de vererano con incapacidad específica. La Universidad prohíbe asimismo el hostigamiento sexual.

Las preguntas sobre la política antidiscriminatoria de la Universidad pueden dirigirse a: Affirmative Action Director, Universidad of California, Agriculture and Natural Resources, 1111 Franklin St., 6th Floor, Oakland, CA 94607-5200 (510)987-0096.