

# WSU 4-H Formulario de Salud para Miembros/Participantes Adultos

---

## Sobre este formulario

Llene la siguiente información de forma precisa, pero por favor sea conciso. El formulario debajo es requerido para participantes jóvenes. Cualquier información enlistada aquí, podría ser compartida con la facultad y equipo de la Universidad Estatal de Washington y/o Líderes Voluntarios 4-H certificados a discreción de la Oficina de Extensión del condado. Si no desea compartir información acerca de su estado de salud, por favor seleccione “Prefiero no declarar” de las opciones solicitadas.

Si un miembro juvenil tiene 18 en la fecha de firma de estos formularios, por favor solicite al miembro juvenil firmar los campos de “Miembro” y “Padres/Guardianes”.

Si el miembro juvenil se encuentra en necesidad de acomodo razonable para participar en actividades y eventos 4-H, por favor revise [“Política de Acomodo Razonable 4-H”](#) y complete ahí la aplicación.

Los campos en **NEGRITAS** son campos requeridos. Su formulario de salud será considerado como incompleto si alguno de los campos se mantiene vacío.

**Esta forma es válida únicamente para el Año 4-H 2018-2019 (Octubre 1, 2018 – Septiembre 30, 2019).**

## Información de salud

### Información de alergias:

¿El participante tiene alguna alergia o reacción alérgica (a alimentos, medicamentos, plantas, insectos, etc.)?

- No  
 Sí  
 Prefiero no declarar

Describa cualquier alergia y/o reacción, especificando si cualquier alergia requiere intervención médica:

### Requisitos alimenticios específicos:

¿El participante tiene algún requisito alimenticio específico?

- No  
 Sí  
 Prefiero no declarar

Enliste cualquier requisito alimenticio específico aquí:

Información general de salud:

¿El participante tiene alguna condición general de salud que pueda afectar su habilidad de participar en los eventos?

No

Sí

Prefiero no declarar

Por favor enliste cualquier condición de salud que pueda afectar la habilidad del miembro participante en los eventos, incluyendo actividades que puedan ser restringidas/prohibidas debido a dichas condiciones:

Información adicional:

Por favor proporcione cualquier información adicional que pueda ser importante que el personal y facultad de WSU, y/o Líder Voluntario 4-H certificado deban saber:

**Información del Proveedor de Servicios de Salud**

Doctor Primario:

Número de Teléfono del Doctor Primario:

Doctor Secundario:

Número de Teléfono del Doctor Secundario:

**Información de Seguros**

Tengo cobertura médica familiar y/o seguro hospitalario:

No

Sí

Compañía de Seguros Primaria:

Número de Póliza de Seguros:

Agencia de Seguros:

## Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con Miembro del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

## Autorización de Emergencia Médica

En caso de requerir atención médica de emergencia o una situación razonablemente considerable como emergencia por la Universidad Estatal de Washington (WSU), agentes autorizados, incluyendo voluntarios enlistados de 4-H o personal del evento, autorizo a WSU y sus agentes autorizados a obtener asistencia médica de emergencia para mí. Seré responsable por cualquier gasto incurrido al hacerlo, incluyendo, pero no limitado a, cuidado por profesionales de salud, cuidado hospitalario y ambulancia o cualquier otro servicio. Adicionalmente, el proveedor de cuidados de salud tiene permiso de obtener una copia de mis registros de salud de proveedores que me han tratado y que estos proveedores pueden comunicarse con el personal del programa acerca de mi estado de salud.

Hago exento de responsabilidad y acepto liberar de culpa a la Universidad Estatal de Washington, sus agentes autorizados, y empleados de decisiones para buscar tratamiento de emergencia hacia mi persona.

**Firma de Miembro/Participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_