

# Desarrollo Juvenil 4-H Salud - Código de conducta - Foto — Mantener forma inofensiva



#### Letra Manuscrita

Nombre del Participante		
Fecha de nacimiento		
Domicilio	Ciudad	Estado
Codigo postalNumero de Telefono d	de Casa	
Padre o guardián		
Numero de Telefono de Trabajo		
Segundo Padre o guardián		
Domicilio	Ciudad	Estado
Numero de Telefono de Casa		
Numero de Telefono de Trabajo		
Si no está disponible en una emergencia, notifique:		
Numero Celular	Numero de trabajo	



#### SECCIÓN I: LIBERACIÓN DE IMAGEN FOTOGRAFICA

Autorizo a la Universidad de Delaware a grabar y fotografiar la imagen y / o voz, de mi hijo o la mia, para uso de la Universidad de Delaware o sus asignados en programas de investigación, educativos y promocionales. Entiendo y acepto que estas imágenes de audio, video, película y / o impresión pueden ser editadas, duplicadas, distribuidas, reproducidas, transmitidas y / o reformateadas en cualquier forma y manera sin el pago de tarifas, a perpetuidad.

Nombre del Sujecto (adulto o joven)	



## SECCIÓN II: CLÁUSULA SIN CLAVE

Como padre o guardián legal de este miembro de 4-H, les doy mi permiso para que participen en los eventos y las actividades o eventos organizadas que ofrece el Programa de Desarrollo para Jóvenes de Delaware 4-H. Entiendo y reconozco que existen ciertos peligros y riesgos asociados con la participación de mi hijo en actividades educativas 4-H. Estos riesgos pueden provocar lesiones, muerte o daños a la propiedad. Entiendo y acepto dichos riesgos y, por lo tanto, renuncio a todas las reclamaciones, demandas y causas de acción contra el Estado de Delaware, la Universidad de Delaware, la Fundación Delaware 4-H, New Castle / Kent /Condado de Sussex 4-H y sus miembros. , funcionarios, empleados, agentes y voluntarios que actúen en su nombre. Entiendo que soy el único responsable de cualquier costo que surja de cualquier lesión o daño a la propiedad sufrido a través de la participación de mi hijo en los programas educativos 4-H. Después de una deliberación cuidadosa, voluntariamente doy mi consentimiento a la participación de mi hijo y acepto los términos contenidos en este Reconocimiento de Responsabilidad y Liberación.

Verifico que he LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO A ESTA ESPERA JUSTIFICADA.

Firma de Padre/ Guardián:





#### SECCIÓN III: CÓDIGO DE CONDUCTA DELAWARE 4-H

- Asistir a todas las sesiones en el programa previsto. Si no se siente bien o tiene un conflicto de horario que le impida asistir, infórmeselo al adulto a cargo.
- Siga las horas y las reglas de la sala establecidas antes de que comience el evento. Usted es responsable de conocer las reglas de cada evento.
- Usar un lenguaje y modales que lo respete a usted y a Delaware
  4-H. Usted es responsible de saber wue lenguaje y comportamiento es appropiado.
- Estar en el área del programa asignado (dormitorios, cabañas, habitación de hotel, etc.) en todo momento.
- Saber que el uso de tabaco, alcohol y medicamentos sin receta está prohibido en todo momento y en todos los eventos 4-H.
- Modelar respeto a otras personas en áreas públicas. Los adultos a cargo te ayudarán a conocer las reglas de cortesía que deberás seguir.
- Tratar las áreas de programas, áreas de alojamiento y vehículos de transporte con respeto y cuidado. Usted será responsable de cualquier daño, robo o mala conducta en la que participe.
- Ayude a otros miembros de su grupo a tener una experiencia agradable al hacer todo lo posible para incluir a todos los participantes en las actividades.
- Acepta tus más altas expectativas de ti mismo, para que puedas volver a casa orgulloso de ser quien eres y de lo que has logrado.

Se espera que aquellos que no son capaces de comportarse dentro de las pautas enumeradas anteriormente:

- Explicque sus acciones a los adultos a cargo;
- 2. Aceptar las consecuencias de sus acciones;
- Sepa que los adultos a cargo trabajarán en estrecha colaboración con los padres / tutores, el personal de Extensión y otros para ver que se tomen medidas y que se producirán las consecuencias apropiadas y lógicas para todos los involucrados.

He leído el Código de Conducta de Delaware 4-H y acepto cumplir con las expectativas. Me doy cuenta de que no hacerlo podría resultar en la pérdida de privilegios durante este evento y / o en el futuro.

Fecha

He leído el Código de Conducta de Delaware 4-H y apoyaré a los adultos a cargo en el cumplimiento de sus responsabilidades para que se mantenga el comportamiento adecuad	0

-irma de Padre/	Guardian:	
	F	echa

Firma del Participante

# Salud - Código de conducta - Foto — Mantener forma inofensiva

**PERMISO PARA MEDICAR** 

Entiendo que mi hijo puede requerir medicamentos para condiciones médicas menores. Tales condiciones pueden incluir dolores de cabeza, quemaduras solares, hiedra

venenosa, picaduras de insectos, malestar estomacal, rasguños, cortes y / o mordeduras



#### **SECCIÓN IV - SALUD**

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Nombre del asegurado y relación con el participante.:	de abejas. Entiendo que habrá una enfermera del campamento para manejar los
	problemas de salud menores y la administración de medicamentos, pero la enfermera del
	campamento no podrá medicar a mi hijo sin el permiso del padre o guardian. Los
Dirección del asegurado:	siguientes medicamentos de venta libre se pueden administrar a mi hijo, según sea necesario, siguiendo las pautas de dosificación sugeridas
Nombre y dirección de la compañía de seguros:	(inicial todo lo que usted da permiso para que la enfermera del campamento administre).
Si tiene seguro HMO, indique el número de teléfono de autorización de tratamiento de	Los medicamentos y / o afecciones que no estén cubiertos por su permiso previo
Emergencia:	_ requerirán una llamada telefónica antes de que se pueda administrar cualquier
Nombre y dirección del empleado	medicamento, y esto puede causar una demora en el tratamiento.)
Todos los números de póliza (por favor identifique):	Jylenol / Acetaminophen para dolores de cabeza, dolores musculares y
	dolores, calambres
Médico de atención primaria	Advil / Ibuprofen para dolores de cabeza, dolores musculares y dolores, calambres
Teléfono del medico	
100000000000000000000000000000000000000	Maalox, Mylanta para malestar estomacal, dolor de estómago, gases, náuseas
HISTORIA MÉDICA RECIENTE	Tums para el dolor de estómago, malestar estomacal, náuseas
	Imodio para la diarrhea
Por favor, marque sí o no. En caso afirmativo, explique (incluya otra hoja si es	Pepto-Bismol para las náuseas, diarrea.
necesario).	Leche de magnesia para el estreñimiento.
SI NO	Calamine, Caladryl, insecto mordedura pluma para picaduras de insectos, picaduras, picaduras de medusas
¿Ha tenido el participante alguna cirugía o fractura reciente?	Benadryl Lotion (tópico) para picaduras de insectos, picaduras, hiedra venenosa
¿El participante tiene algún problema de salud crónico o enfermedad, como convulsiones, asma, otros?	El ablandador de carne de Adolf (enzima desactiva el veneno) para
¿El participante tiene actualmente una enfermedad aguda?	picaduras de medusas
CEI painto pante none actualmente una entre modula aguad.	Triple Pomada Antibiótica, Peróxido de Hidrógeno para raspaduras y cortes.
¿Ha sido tratado recientemente el participante por algún tipo de problema	Solarcaine para quemaduras solares
medico?	Benadryl (oral) para senos, alergias, fiebre del heno, erupciones cutáneas
¿El participante tiene contactos, gafas, aparatos de ortodoncia?	Spray para el dolor de garganta o lozengers
	Robitussin DM
Estés les convers el déc0	Para Hembras:
¿Están las vacunas al día?	Ha menstruado esta persona?Si no, ¿Se lo han dicho?
Fecha del último tétanos.:	
Liste cualquier ALERGIA a medicamentos, alimentos, látex o anestésicos	Si es así, ¿es normal su historia menstrual??Special consideration
Liste cualquer ALERGIA a medicamentos, allmentos, latex o ariestesicos	
locales:	Entiendo que cualquier medicamento recetado que mi hijo haya tomado y / o para ser dispensad
	a mi hijo DEBE estar en el envase original de la farmacia con la etiqueta original y las instruccion
	adjuntas, o debo tener una copia de la receta del médico, en orden para ser dispensado por la _enfermera del campamento. Si su hijo toma algún medicamento de venta libre regularmente o se
Indique cualquier MEDICAMENTO que esté tomando para el tratamiento de	sea necesario, por ejemplo, Sudafed o Benadryl, envíe el medicamento con las instrucciones
cualquier problema médico:	escritas y la firma de los padres. Si no se siguen estas reglas, el padre o tutor tendrá que entrega
	antes de que se puedan administrar medicamentos.
Actividades alentadas o limitadas por el médico: _	
Restricciones dietarias:	Según mi leal saber y entender, este historial de salud es correcto, y la persona que se describe
Autorización de Tratamiento:	este documento tiene mi permiso para participar en todas las actividades, excepto cuando se ind lo contrario.
Por este medio doy permiso al personal médico, seleccionado por el	lo contrano.
director de la actividad, para ordenar radiografías, exámenes de rutina,	
tratamiento, doy permiso para divulgar cualquier registro necesario	Firma del padre, guardian o miembro de la
para fines de aseguroanza medica y para proporcionar y organizerel	campamento/ personal adulto:
transporte relacionado necesario para mi hijo. Si no se me puede	campamento/ personal addito.
contactar en caso de una emergencia, por la presente doy mi permiso	Fecha:
al médico para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la	
hospitalización de la persona mencionada anteriormente.	Ve come participante antiondo y conto cumplir con les carticipans insurator a mis-
Firma del padre, guardian o miembro de la	Yo, como participante, entiendo y acepto cumplir con las restricciones impuestas a mis actividades en ca de que mi médico lo requiera.
campamento/ personal adulto:	ue que mi medico lo requiera.
Fecha:	Firma del menor o adulto campista / miembro del personal:
	Tima del mener e addite campista / michibio del personal.
	The state of the s