

## Formulario de inscripción/Información del participante 4-H

Si esta información cambia durante el año del programa, es responsabilidad de los padres/tutores notificar al personal de Extension por escrito.

### I. Reinscripción

Si se vuelve a inscribir, complete la sección I. Reinscripción, después revise las secciones II a IX y verifique la revisión firmando y colocando la fecha

Nombre:		Nombre de la escuela:		Condado:	
Grado:					

### II. Información familiar

Ésta es la información principal que usaremos para comunicarnos con su miembro 4-H.

Apellido:		Correo electrónico familiar:	
Teléfono familiar:		Dirección familiar:	

### III. Información de miembro

Nombre:		Apellido:	
Nombre preferido (opcional):		Fecha de nacimiento:	
		# de años previos en 4-H:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Residencia:	<input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Pueblo <10,000 o Rural No Agrícola <input type="checkbox"/> Pueblo/Ciudad/Suburbio 10,000-50,000 <input type="checkbox"/> Ciudad/Suburbio >50,000 <input type="checkbox"/> Ciudad-Central >50,000
Hispano/Latino:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza:	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo <input type="checkbox"/> No indicado:

### IV. Información de padre/tutor 1

Apellido:		Nombre:	
Teléfono:		¿Podemos revelar información personal a esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### V. Información de padre/tutor 2

Apellido:		Nombre:	
Teléfono:		¿Podemos revelar información personal a esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### VI. Otro Contacto de emergencia

Nombre:		Relación:	
Teléfono:		¿Podemos revelar información personal a esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### VII. Información para recoger

Además de los padres/tutores y los contactos de emergencia enumerados, indique los nombres de hasta dos personas adicionales autorizadas para recoger al niño mencionado anteriormente. Estas personas no serán contactadas en caso de una emergencia, sólo se utilizará la información de los padres/tutores o de contacto de emergencia. Si a una persona que no figura en este formulario se le permite recoger a su(s) hijo(s), el padre/tutor deberá proporcionar un permiso por escrito (carta o correo electrónico) al personal de Extension o al voluntario aprobado responsable del evento/actividad.

Nombre de la primera persona:		Relación con el miembro 4-H:	
Teléfono:			
Nombre de la segunda persona:		Relación con el miembro 4-H:	
Teléfono:			

### VIII. Servicio militar (si no hay ninguno, omita esta sección)

Relación con el miembro que sirve:		Rama de servicio	
Estado del servicio:	<input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia nacional <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Otro:		



**IX. Historia de salud**

¿El participante tiene, o en algún momento ha tenido, alguno de los siguientes? Marque "Sí" o "No" en cada elemento. Explique cualquier respuesta "Sí" (anotando el número del elemento) en el espacio a continuación o en una hoja adicional si es necesario. Las condiciones de presentación de informes permiten que el personal de Extension y los voluntarios aprobados apoyen mejor a su joven y se mantendrán confidenciales.

**Alergias**

1. Alergia grave a los insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Alergia grave a los lácteos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Alergia grave a Gluten	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Alergia grave a nueces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Otra alergia (Favor de explicar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Explique cualquier respuesta afirmativa, incluidos los medicamentos para cualquier alergia:

Se pueden administrar a mi hijo los siguientes medicamentos de venta libre sin necesidad de contactarme:

Paracetamol:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Antiácido:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pastilla antihistamínica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descongestionante:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dramamina:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Crema de hidrocortisona:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ibuprofeno (Advil)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polisporina (antibiótico tópico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Condiciones**

1. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	11. ¿Usa gafas/lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique cualquier respuesta "sí", incluidos los medicamentos tomados para cualquier afección:	
3. Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Condición cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. Infección de oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. Otras condiciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por favor explique cualquier restricción (dietética, física, etc.)

Información de salud social, emocional y/o conductual:

**X. REVISAR FIRMA DE CONFIRMACIÓN**

Toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Esta persona tiene permiso para participar en todos los eventos y actividades. Por la presente doy permiso al designado para el evento para brindar atención médica de rutina, administrar medicamentos recetados y de venta libre conforme lo indicado y buscar tratamiento médico de emergencia si se justifica. Acepto la divulgación de todos los registros necesarios para tratamiento médico, facturación o seguro. En caso de que no puedan localizarme en caso de emergencia, doy permiso al médico tratante para asegurar y administrar el tratamiento, incluyendo la hospitalización.

PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**XI. LIBERACIÓN DE ENCUESTA Y EVALUACIÓN**

Por la presente establezco mi voluntad de participar como adulto (es decir, líder de 4-H, otro voluntario, padre/tutor, administrador del sitio, etc.) y doy permiso para que mi hijo (menor de 18 años) complete encuestas y evaluaciones que se utilizará para determinar la efectividad del programa o para promoverlo. Entiendo que la participación en encuestas y evaluaciones es voluntaria y que mi hijo y yo podemos optar por no participar y retirarnos de las encuestas y evaluaciones sin impacto en mi elegibilidad o la de mi hijo para participar en el programa 4-H. Entiendo que a mi hijo o a mí se nos puede pedir consentimiento antes de completar una encuesta o una evaluación.

Sí  No Estoy dispuesto a participar o dar permiso para que mi hijo participe en cualquier evaluación del programa.  (Iniciales)

**XII. PERMISO PARA PARTICIPAR**

Reconozco que mi hijo participa en programas 4-H para su beneficio personal y que mi hijo participará en actividades recreativas y de otro tipo como parte de los programas 4-H. Entiendo que algunas actividades pueden tener peligros y riesgos físicos inherentes y que ningún cuidado, precaución, instrucción o experiencia puede eliminarlos por completo. Asumo la responsabilidad de todos los riesgos, conocidos y desconocidos, relacionados con la participación de mi hijo en los programas 4-H y autorizo voluntariamente la participación de mi hijo confiando en mi propio criterio y conocimiento de la experiencia y capacidades de mi hijo. Por la presente acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Copperative Extension Service de la Universidad de Kentucky y a todas las partes relacionadas de cualquier responsabilidad, pérdida, costo, daño, reclamo o causa de acción de cualquier tipo o naturaleza que surja o esté relacionada de alguna manera con la participación de mi hijo en el programa 4-H.  (Iniciales)

**XII. LIBERACIÓN DE PUBLICIDAD**

Por la presente otorgo al programa 4-H, a la Universidad de Kentucky y a sus agentes el derecho de usar, reproducir, asignar y/o distribuir fotografías, videos y grabaciones de sonido míos o de mi hijo menor sin compensación por su uso en promoción, publicidad, publicaciones educativas o contenido en línea.

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_  NO, NO LO PERMITO

## Formulario del Código de Conducta de Desarrollo Juvenil 4-H

Todos los miembros de 4-H y familiares/amigos/cuidadores asociados con miembros de 4-H deben respetar los derechos individuales, la seguridad y la propiedad de los demás y cumplir con este Código de conducta. A un miembro de 4-H se le puede prohibir participar en un evento/programa específico si la participación del individuo representa un peligro para el miembro de 4-H y/u otros. La seguridad de todos los involucrados en los programas 4-H es la máxima prioridad; las siguientes pautas están diseñadas para garantizar que todos los involucrados comprendan su papel al participar en un entorno seguro y educativo para todos.

### MIENTRAS ESTÁ INSCRITO COMO MIEMBRO DE 4-H:

- Para ser un miembro con buena reputación, se espera que el participante de 4-H asista a sesiones, talleres, excursiones y reuniones planificadas asociadas con su inscripción. Para ser elegible para eventos acumulativos en 4-H, los miembros deben completar al menos seis horas de educación en el área del programa principal en el que participan de acuerdo con las expectativas establecidas por el programa 4-H.
- Los códigos de vestimenta serán específicos para eventos/programas/actividades individuales.
- Se prohíbe la posesión y el uso de bebidas alcohólicas, productos de tabaco, jugos y/o dispositivos de vapeo y/o drogas (excepto los medicamentos recetados al participante por un médico autorizado, con la documentación y las adaptaciones adecuadas).
- Está prohibida la posesión de armas de fuego que no sean para uso educativo.
- Está prohibido activar alarmas contra incendios y manipular los extintores de incendios y otros equipos de emergencia.
- Están prohibidas las apuestas de cualquier tipo.
- Se demostrará respeto hacia los demás y las instalaciones. No se tolerará la intimidación, el acoso a otros ni la destrucción de propiedad. La intimidación y el acoso pueden incluir el uso de las redes sociales.
- No se tolera la violencia física.
- El lenguaje obsceno, discriminatorio y/o inapropiado, la violencia y la insubordinación están prohibidos en todo momento.
- Está prohibida la demostración de atención excesivamente afectuosa o inapropiada entre los participantes.
- Los equipos tecnológicos (incluidos, entre otros, teléfonos celulares, computadoras portátiles o reproductores de mp3) no interferirán con el programa y es posible que no se permitan en determinadas situaciones.
- Están prohibidas las prendas de vestir que muestren malas palabras, productos o lemas que promuevan el tabaco, el alcohol, las drogas, el sexo o que distraigan de cualquier otra forma.
- Es posible que se requieran expectativas adicionales de acuerdo con la actividad/programa/evento en el que participa el miembro de 4-H.

### AL ASISTIR A LAS EXPERIENCIAS 4-H DURANTE LA NOCHE, TAMBIÉN SE APLICARÁ LO SIGUIENTE:

- Todos los participantes deben seguir la agenda y las expectativas establecidas por los planificadores del programa. Los acompañantes/voluntarios adultos monitorearán activamente a todos los participantes.
- Todos los participantes deben estar en su área asignada al momento del toque de queda y cumplir con las horas de silencio, las luces apagadas y otras reglas del evento. Los acompañantes/voluntarios adultos monitorearán activamente a todos los participantes.
- Ningún miembro o voluntario podrá abandonar el evento/actividad/programa sin el permiso del organizador del evento o del adulto a cargo. Un adulto deberá acompañar a un miembro de 4-H en cualquier momento que abandone el recinto. Los adultos deberán notificar a otro adulto antes de abandonar el recinto.
- En los eventos nocturnos, sólo los participantes de la conferencia pueden estar en las áreas para dormir. Las personas sólo pueden estar en su área para dormir asignada. Los salones o áreas comunes podrán ser utilizados únicamente para comités de trabajo y actividades sociales.

Cualquier violación de este Código de conducta se informará de inmediato al acompañante del individuo y a la persona a cargo del evento. La persona a cargo del evento tendrá la responsabilidad final de la acción disciplinaria. El incumplimiento del Código de conducta por parte de miembros de 4-H y familiares/amigos/cuidadores asociados con el participante de 4-H puede resultar en una sanción que incluye, entre otras, las siguientes:

- Envío a casa desde la actividad o evento por su cuenta.
- Se prohibirá participar en futuros eventos 4-H.
- Se evaluará el costo de los daños por destrucción de propiedad.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el Código de conducta y acepto cumplir con sus reglas.  
(Nombre en letra de imprenta)

Entiendo que la infracción de este Código de conducta resultará en cualquiera o todas las sanciones enumeradas anteriormente.

Miembro: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

