

## Formulario de Salud para Eventos Juveniles de la Universidad de Wisconsin

### Evento

Nombre del evento	Fecha o fechas del evento
-------------------	---------------------------

### Información de contacto

Nombre del(de la) joven (apellido, nombre)	Sexo del(de la) joven: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad en el primer día del evento
Nombre del padre, o tutor legal (apellido, nombre)	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Email
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo		Celular
Nombre de la madre o tutor legal (apellido, nombre)	Dirección de la madre o tutor legal		Email de la madre o tutor legal
Teléfono de la casa de la madre o tutor legal	Teléfono del trabajo de la madre o tutor legal		Celular de la madre o tutor legal

### Enfermedades

<input type="checkbox"/> Corazón incluya si el médico ha prohibido o limitado la participación en deportes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Mareo o desvanecimientos	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Cognitiva o de desarrollo Por favor describa:	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica Por favor describa:	<input type="checkbox"/> Muscular u ósea Por favor describa:	<input type="checkbox"/> Otra Por favor describa:
			<input type="checkbox"/> Asma: ¿Requiere y lleva el(la) joven un inhalador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Alergias

<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos (abejas)	<input type="checkbox"/> Alimentos	Por favor haga una lista de los alérgenos y describa las reacciones:	¿Necesita el (la) joven llevar un EpiPen®? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Otras, por favor describa:		

### Información sobre seguro y vacuna de refuerzo para el tétano

1. Nombre de la compañía de seguros
2. Número de la póliza
3. Fecha de la última vacuna de refuerzo para el tétano:

### Acomodos e instrucciones especiales

1. ¿Requiere el(la) joven un acomodo para participar en este evento? Por favor describa:
2. Por favor describa cualquier limitación o restricción con respecto a la participación del(de la) joven en las actividades de este evento.

3. ¿Hay alguna otra información que desea proporcionar?

### Medicamentos

Padre, madre o tutor legal: algunos programas proporcionan un número limitado de medicamentos sin receta. Por favor escoja los medicamentos que se pueden proporcionar si están disponibles.	Acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hydrocortisone crema contra la comezón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Benadryl <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofen <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Medicamentos que trae el(la) joven al evento

Medicamento recetado Nombre	Propósito	Dosis (mg)	Administrado ___ veces al día	Efectos secundarios	Médico que recetó	Número de teléfono del médico

Por favor describa instrucciones especiales o información adicional con respecto a medicamentos:

### Consentimiento para el tratamiento y la administración de medicamentos

AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Si su hijo(a) o pupilo(a) bajo su tutelaje será menor de 18 años mientras esté en la Universidad de Wisconsin, es la política de los eventos o campamentos obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos o para el uso de aparatos médicos. El medicamento o aparato médico puede ser administrado por el(la) joven o por personal de salud designado para este propósito con la excepción de drogas controladas. **Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales** (botella con etiqueta que indica el nombre del(de la) joven participante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, dosis, número de receta, fecha en que se recetó e instrucciones). El(la) joven puede llevar una cantidad limitada de medicamento para enfermedades con riesgo de muerte (como por ejemplo, EpiPen®, inhalador, etc.). **Por favor escoja una de las alternativas abajo:**

- No se ha traído ningún medicamento al evento o campamento
- El(la) joven participante, si tiene 14 o más años, puede administrar el medicamento u operar el aparato médico. Por favor tome nota de que las drogas controladas (como por ejemplo, Codeine, Ritalin, Adderall, Dexedrine, etc.) deben ser administradas por personal de salud de acuerdo a la ley.
- Personal de salud designado para este propósito administrará el medicamento u operará el aparato médico.



Si su hijo(a) o pupilo(a) bajo su tutelaje tendrá menos de 18 años durante el evento o campamento, es nuestra política obtener su consentimiento para todo lo siguiente. Al firmar abajo como padre, madre o tutor legal,

- doy mi consentimiento por adelantado para tratamiento médico en un centro médico apropiado en caso de enfermedad o lesión.
- confirmo que he leído la descripción del programa y que el(la) joven puede participar en actividades planificadas.
- estoy consciente de y acepto el riesgo inherente en la actividad del programa.
- doy fe de que toda la información en ambos lados de este formulario es correcta.

- **accedo a eximir e indemnizar al Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin, sus funcionarios, agentes y empleados por cualquiera y toda responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos sufridos, incurridos o requeridos que resulten de acciones de mi hijo(a) o pupilo(a) bajo mi tutelaje durante el evento o campamento.**

Nombre del(de la) joven	Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha
-------------------------	--------------------------------------	-------

### Para ser completado por el personal del evento en el momento de registro

¿Ha habido algún cambio en el estado de salud, medicamentos u otra información relacionada desde que se completó este formulario?  Sí  No

¿Estará disponible en este número el padre, madre, tutor legal o contacto de emergencia durante el evento?  Sí  No