

## 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: Femenino      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? Sí      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: <a href="#">Click here to enter text.</a>	¿Necesita el (la) joven llevar un EpiPen®?  Sí      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)	Hydrocortisone crema contra la comezón	Benadryl	Ibuprofen
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí 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