

FORMA DE REGISTRO PARA TALLERES DE 4-H

Se aceptan reservaciones en el orden en que se reciban, así que haga su reservación tan pronto como le sea posible. Complete este formulario y el Permiso de Publicación en Medios de Comunicación y Autorización para Tratamiento Médico. (Usted puede copiar estas formas como sea necesario). **Regrese las formas, junto con su pago, a la oficina de Extensión de MSU en su condado.**



Los jóvenes deben tener chaperones adultos (de 21 años o mayores) del mismo sexo. La proporción es de 1 adulto por cada 5 jóvenes del mismo sexo para jóvenes de 13 años de edad o mayores, y de 1 por cada 3 jóvenes de 12 años o menores.

Número de taller _____

Nombre del taller _____

Condado del participante _____

Primer nombre del participante _____

Apellido del participante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono (_____) _____

Joven Adulto Edad _____

Sexo: Masculino Femenino ¿Usa silla de ruedas? Sí No

¿Tiene usted alguna discapacidad o necesidad especial? Sí No

Por favor explique si respondió afirmativamente: _____

Se harán arreglos especiales para personas con discapacidades si los solicita llamando a la oficina estatal de 4-H al 517-353-2922 tres semanas con anticipación antes del taller para asegurar tener suficiente tiempo para hacer los arreglos necesarios. Las solicitudes recibidas después del tiempo límite se atenderán cuando sea posible.

Para jóvenes registrados solamente – nombre del chaperón(a) (de 21 años de edad o mayor): _____

Clasificación:

Seleccione una categoría: Voluntario Adulto de 4-H Adulto No de 4-H

Empleado Joven – Miembro de 4-H Joven – no Miembro de 4-H

Marque solo si aplica: Chaperón

Si usted marcó "Chaperón" (de 21 años de edad o mayor) o "Voluntario Adulto de 4-H" (de 19 años de edad o mayor), Ha pasado usted por el Proceso de Selección de Extensión de MSU? Sí No

Si usted marcó "Chaperón," escriba los nombres de los jóvenes que acompañará (Si los sabe):

Si usted marcó "joven" y su edad es entre 18 a 20 (la edad actual es la edad que usted tiene durante el evento o taller), ¿ha realizado su programa de Extensión de MSU de su condado una evaluación de sus antecedentes? Sí No

La sección de autorización para tratamiento Médico (que se encuentra en la forma del Permiso de Publicación en Medios de Comunicación y Autorización para Tratamiento Médico) ha sido recibida y tiene las firmas apropiadas: Sí No

Grupos Raciales (opcional)

¿Es usted de etnicidad Hispana? Sí No

Seleccione todas las categorías que apliquen:

Afroamericano/Negro (solamente)

Indoamericano/Nativo de Alaska (solamente)

Asiático (solamente)

Negro e Indoamericano/Nativo de Alaska

Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico (solamente)

Otro

Blanco e Indoamericano o Nativo de Alaska

Blanco y Asiático

Blanco y Negro

Blanco (solamente)

Si pertenece a otro grupo racial especifique por favor: _____

Correo electrónico: _____

¿Va a participar durante toda la conferencia? Sí No

(Si no es así, especifique las fechas de llegada y salida abajo.)

Llegada: _____

Salida: _____

¿Necesita Alojamiento? Sí No

Peticiones Especiales (indique si prefiere a un compañero de cuarto, necesidades dietéticas y otras):

Costo:	
Miembros y voluntarios de 4-H	\$ _____
Becas del condado, si es aplicable	\$ _____
<i>(Cheque con su oficina de Extensión de MSU de su condado para ver si hay becas disponibles.)</i>	
Miembros y voluntarios que no pertenecen a 4-H	\$ _____
TOTAL A PAGAR	\$ _____

MSU es un empleador que se adhiere a los lineamientos de acción afirmativa e igualdad de oportunidades. Los programas y materiales de Extensión de MSU están disponibles para todos sin importar raza, color, nacionalidad, origen, género, identidad sexual, religión, edad, altura, peso, discapacidad, credo político, orientación sexual, estado civil, estado familiar o de veterano. Expedido para promover el trabajo del programa de Extensión de MSU, actas de Mayo 8 y Junio 30, de 1914, en cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Thomas G. Coon, Director del Programa de Extensión de MSU, East Lansing, MI 48824. El nombre "4-H" y el emblema que consiste de un trébol de cuatro hojas con tallo y la letra "H" en cada hoja están protegidos bajo el título 18 U.S.C. 707.

PERMISO DE PUBLICACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Evento: _____

Fecha: _____

Condado: _____

SECCION 1 – PERMISO PARA GRABAR AUDIO, VIDEO, PELICULA & FOTOGRAFÍAS

Los participantes en eventos patrocinados por el programa 4-H de MSU son ocasionalmente fotografiados o grabados en video para uso en materiales promocionales y educacionales del programa 4-H de MSU.

Doy autorización a la Universidad Estatal de Michigan para filmar la imagen y voz del sujeto que se nombra abajo y le doy a MSU y a todas las personas o entidades que actúan de acuerdo al permiso o autoridad de MSU, todos los derechos de usar estas imágenes y voces grabadas. Entiendo que tales imágenes y/o voz será usada para propósitos educacionales, de propaganda y promoción en todos los medios convencionales y electrónicos, incluyendo, pero no limitado al Internet u otros medios futuros. También autorizo el uso de cualquier material impreso con el que este tenga conexión.

Entiendo y estoy de acuerdo que estas imágenes y grabaciones pueden ser duplicadas, distribuidas con o sin cambios, y/o alteradas de cualquier forma o manera sin compensación o daño en el futuro, para siempre.

Escriba con letra de molde el nombre del sujeto: _____

Firma: _____

(El padre o guardián debe de firmar aquí si el sujeto es menor de 18 años de edad.)

Fecha: _____

SECCION 2 – AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Esta sección deberá ser completada y firmada por un padre o guardián para todos los jóvenes participantes antes de que puedan participar en este programa. Si esta forma no es completada, no se permitirá que participen los jóvenes participantes. Es opcional completar esta sección para los participantes adultos pero se agradecería si lo hiciera.

Por favor complete esta forma para dar a un establecimiento médico permiso de dar tratamiento al participante en caso de lesiones leves o problemas médicos. En caso de lesiones graves o enfermedad, el padre o persona designada será contactada. El tratamiento procederá antes de contactar al padre o persona designada **solamente si la situación es urgente y no permite retraso.**

Nombre legal completo del participante _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono (_____) _____

Teléfono del padre (durante el día): (_____) _____

por la noche: (_____) _____

Dirección donde recibe correo _____

Nombre del médico encargado del cuidado primario (primary care physician) _____

Dirección del médico _____

Teléfono del médico (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MÉDICO:

Nombre del propietario de la póliza del seguro y su relación con el participante _____

Dirección del propietario de la póliza _____

Por favor provea una copia por ambos lados de su tarjeta de seguro médico o complete la información que se pide abajo.

Nombre y dirección de la compañía de seguro _____

Teléfono de la compañía de seguro (_____) _____

Todos los números de la póliza (por favor identifique) _____

Si tiene un seguro HMO por favor escriba el teléfono para la autorización de tratamiento de emergencias: (_____) _____

Nombre y dirección de la empresa que lo emplea: _____

INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE EL PARTICIPANTE:

Por favor marque sí o no. Si la respuesta es sí, explique abajo o en otra hoja si necesita más espacio.

SÍ NO

¿Tiene el participante alguna problema crónico de salud o enfermedad?

¿Tiene él o ella alguna enfermedad aguda ahora?

¿Ha sido la persona tratada recientemente por algún problema médico?

Haga una lista de los medicamentos que él o ella está tomando ahora como tratamiento para algún problema médico.

¿Tiene el participante alguna alergia a medicamentos o anestésicos locales?

¿Tiene él o ella alguna alergia? _____

Fecha de su vacuna contra el tétano _____

LA AUTORIZACIÓN OFICIAL ES COMO SIGUE:

Yo, (padre o guardián legal), _____, reconozco que mientras que al atender este programa, un tratamiento médico pueda ser necesario para mi hijo(a) por razón de emergencia, y aún más reconozco que el personal de 4-H de MSU pueda tener dificultad para contactarme para recibir mi consentimiento para la administración de cuidado médico de emergencia. Yo, de esta forma doy consentimiento por anticipado para que se administre tal cuidado de emergencia, incluyendo cuidados en el hospital, a como se considere necesario bajo las circunstancias y asumo los costos de tal cuidado. Yo también autorizo al establecimiento médico que provea información parcial o total requerida para completar reclamos de seguro y también autorizo pago del seguro directamente al establecimiento médico.

Firma del padre/guardián o del participante de 18 años de edad y mayor _____

Fecha _____

FORMA 4-H PARA PADRES O GUARDIANES DE PERMISO PARA HOSPEDAJE

Padre o Guardián:

Por favor complete la siguiente información y regrese la parte superior esta hoja a _____

[escriba aquí el nombre de el representante de Extensión] por _____ [escriba la fecha]. Guarde la información en la parte inferior de esta hoja en sus archivos.

Entiendo que mi hijo _____ [escriba el nombre de su hijo] participará en _____ [escriba el nombre del evento] el día _____ [escriba la fecha del evento] que se llevara acabo en _____

_____ [escriba la localización del evento] y que mi hijo(a) podría compartir hospedaje con un adulto (mayor de 21 años) sin parentesco alguno que ha pasado por el Proceso de Selección de Voluntarios de Extensión de MSU* y por lo menos con otra persona joven. Al firmar esta forma yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en este evento bajo estas condiciones de hospedaje. También entiendo las expectativas del Código de Conducta del Programa 4-H de Michigan para adultos y jóvenes que participan en este evento.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



Padre o Guardián: Por favor guarde la información en la parte inferior de esta hoja en sus archivos.

Nombre del evento: _____ [escrito por el representante de Extensión]

Fecha del evento: _____ [escrito por el representante de Extensión]

Localización del evento _____ [escrito por el representante de Extensión]

En caso de emergencia que requiere que usted tenga que contactar a su hijo durante el evento, contacte a:

[El representante de Extensión escribe el nombre y numero de teléfono de la persona contacto]

*Para mayor información acerca del Proceso de Selección de Voluntarios del programa de Extensión de la Universidad Estatal de Michigan contacte al personal de Extensión de su condado o busque en el Internet la siguiente dirección: <http://web1.msue.msu.edu/msue/cyf/youth/cwbvsp.html>.

** El Código de Conducta para Actividades de 4-H de Michigan: Una conducta positiva es una expectativa clave de los jóvenes y adultos que participan en actividades 4-H - un comportamiento que refleje confianza, respeto, responsabilidad, justicia, compasión y ciudadanía. Se espera que los participantes sigan los lineamientos de todos los talleres y eventos. Está estrictamente prohibido el robo, vandalismo, uso de drogas ilegales y alcohol, el comportamiento inapropiado y amenazante que viola los derechos de otros y otras ofensas similares están estrictamente prohibidos y cualquier involucrado en estas ofensas será inmediatamente enviado a su casa a costo propio. Si el personal de Extensión u otros encargados de la actividad determinan que la ofensa lo amerita, el infractor será turnado a las autoridades apropiadas.

MSU es un empleador que se adhiere a los lineamientos de acción afirmativa e igualdad de oportunidades. Los programas y materiales de Extensión de MSU están disponibles para todos sin importar raza, color, nacionalidad, origen, género, identidad sexual, religión, edad, altura, peso, discapacidad, credo político, orientación sexual, estado civil, estado familiar o de veterano. Expedido para promover el trabajo del programa de Extensión de MSU, actas de Mayo 8 y Junio 30, de 1914, en cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Thomas G. Coon, Director del Programa de Extensión de MSU, East Lansing, MI 48824. El nombre "4-H" y el emblema que consiste de un trébol de cuatro hojas con tallo y la letra "H" en cada hoja están protegidos bajo el titulo 18 U.S.C. 707.

FORMA DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE MSU PARA LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES DE INDIVIDUOS DE 18-, 19- Y 20 AÑOS DE EDAD

Esta forma debe de ser completada para cualquier joven de 18, 19 o 20 años de edad que planea participar en un evento el cual requiere hospedaje y estancia nocturna. Esta forma debe de completarse cuando se lleve a cabo el evento. Se hará por lo menos una confirmación de referencias y un chequeo de antecedentes criminales de acuerdo con las normas establecidas por Las Regulaciones de Alojamiento Para Jóvenes y Adultos Para Eventos de Estancia Nocturna del Programa de Michigan del 4-H y Desarrollo de la Juventud.

Para proteger su privacidad, esta forma será vista solamente por personal de Extensión de La Universidad Estatal de Michigan. Por favor regrese la forma llenada por completo en el sobre confidencial que aquí se que se adjunta.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____
Numero de Licencia del Estado de Michigan: _____

Otro Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año: _____

¿Ha sido sentenciado por algún crimen? No Sí

Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Por favor escriba dos referencias, ya sea de empleadores o maestros. No use como referencias a parientes.

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de Teléfono(s), incluyendo la clave o área				

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de Teléfono(s), incluyendo la clave o área				

Doy mi permiso a las personas que indique como referencias para que compartan información acerca de mí, y autorizo también que mis antecedentes criminales sean verificados. Doy al programa de Extensión de la Universidad Estatal de Michigan permiso para que cheque mis antecedentes criminales con la policía local y estatal incluyendo a otras jurisdicciones en otros estados en los que he vivido.

Firma: _____ Fecha: _____

MSU es un empleador que se adhiere a los lineamientos de acción afirmativa e igualdad de oportunidades. Los programas y materiales de Extensión de MSU están disponibles para todos sin importar raza, color, nacionalidad, origen, género, identidad sexual, religión, edad, altura, peso, discapacidad, credo político, orientación sexual, estado civil, estado familiar o de veterano. Expedido para promover el trabajo del programa de Extensión de MSU, actas de Mayo 8 y Junio 30, de 1914, en cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Thomas G. Coon, Director del Programa de Extensión de MSU, East Lansing, MI 48824. El nombre "4-H" y el emblema que consiste de un trébol de cuatro hojas con tallo y la letra "H" en cada hoja están protegidos bajo el título 18 U.S.C. 707.