



Inscripción de Jóvenes al Programa 4-H de Carolina del Norte

(Formulario impreso)

El Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte utiliza un sistema de inscripción y registro "en línea" llamado 4-HOnline 2.0. Las inscripciones y registros deben ser realizados en línea a través del sistema 4-HOnline 2.0. Las copias impresas sólo están permitidas si un individuo o familia no tiene acceso a Internet o si el inglés es un segundo idioma para el individuo o familia y prefieren utilizar una versión impresa traducida. El programa NC 4-H recopila información demográfica como parte de nuestros procedimientos de reporte estatales y federales. *Los formularios impresos serán ingresados manualmente en el sistema 4-HOnline 2.0 por el personal local del programa 4-H.

Año: _____ **Condado:** _____

INFORMACIÓN DE PERFIL FAMILIAR

Correo electrónico: _____ **Apellido familiar:** _____

Número de celular: (____) _____

Dirección: _____
Dirección de domicilio Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO JOVEN

Nombre del miembro joven: _____
Nombre Segundo nombre Apellido nombre de preferencia (si es necesario)

Fecha de nacimiento: _____ **Años en el programa:** _____

Género: Femenino Masculino No binario Su identidad de género no está en la lista Prefiero no contestar

Grado escolar: _____

Residencia: Granja Ciudad de más de 50.000 hab.
 Localidad de menos de 10.000 hab. o rural pero no en una granja. Suburbio o ciudad de más de 50.000 hab.
 Ciudad de 10.000 a 50.000 hab.

¿Es usted de origen hispano o latino? Hispano o Latino No hispano o Latino Prefiero no contestar

Raza:

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
- Asiática
- Balance (otras combinaciones)
- Prefiero no contestar

Contacto de emergencia: _____ / _____
Nombre completo Parentesco con el miembro

Teléfono de contacto: _____ **Correo electrónico del contacto:** _____

Padre o Tutor 1: _____ **Número telefónico: (____) _____**
Nombre Apellido

Padre o Tutor 2: _____ **Número telefónico: (____) _____**
Nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____

Tipo de escuela:

- Escuela chárter
- Educación en el hogar
- Escuela “magnet” / especializada
- Escuela privada
- Escuela pública
- Educación especial
- Educación vocacional

Afiliación Militar:

- Tengo un miembro de mi familia que está prestando servicio militar.
- Tengo un(a) padre/madre que está prestando servicio militar militar
- Tengo un(a) padre/madre que se retiró del servicio militar.
- Tengo un(a) padre/madre que prestó servicio militar.
- Tengo un hermano(a) que está prestando servicio militar
- Ninguna persona en mi familia está prestando servicio

Rama de servicio militar (si aplica):

- Fuerza aérea
- Ejército
- Guardacostas
- Civil del Departamento de Defensa
- Cuerpo de infantería de marina (Marines)
- Marina de guerra (Navy)
- No aplica

Componente de la rama de servicio (si aplica):

- Servicio activo
- Guardia Nacional
- Reservas
- No aplica

Cesión de Custodia: Es posible que se le pida que presente un documento de identidad con foto al momento de pasar a buscar al menor. Esto se hace por la seguridad del participante. Por favor, tenga en cuenta esta política antes de recoger al participante. Por la presente doy permiso para que este participante pueda salir del programa 4-H después de la actividad; y si es necesario que el participante se vaya antes de que termine el programa debido a enfermedad, lesión o problemas de comportamiento; por la presente doy permiso para que el participante sea entregado al cuidado de:

Talla de camiseta del participante:

- Adulto pequeño
- Adulto XL
- Adulto 4XL
- Joven grande

- Adulto mediano
- Adulto 2XL
- Joven pequeño
- Joven XL

- Adulto grande
- Adulto 3XL
- Joven mediano

**Esta información es obligatoria para todos los programas que reciben asistencia federal y se utiliza únicamente con el fin de determinar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles; sus respuestas no afectarán su solicitud. Al proporcionar esta información, nos ayudará a asegurarnos de que este programa sea administrado de manera no discriminatoria.*

Para uso exclusivo de la oficina

Membresía 4-H # _____

Fecha de ingreso: _____



Nombre del miembro: _____
Nombre Apellido Inicial del segundo nombre Nombre de preferencia (si es necesario)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

HISTORIAL DE SALUD

La siguiente información debe ser completada por el padre/tutor, o adulto. El propósito de esta información es proveerle a NC 4-H los antecedentes necesarios para proporcionar los cuidados apropiados y ayudar al personal de atención médica en caso de emergencia. Cualquier cambio en este formulario debe ser proporcionado a NC 4-H. El formulario de Historial de salud de 4-H **se requiere anualmente**. Proporcione la información completa para que NC 4-H pueda estar al tanto de sus necesidades.

Nota: Los jóvenes que se inscriban para asistir a un "Campamento Residencial 4-H" deben someterse a un examen médico realizado por un personal médico autorizado y aprobado dentro de los 24 meses anteriores a la participación en el campamento y presentar el formulario completado: "Health Care Recommendations by Licensed Medical Personnel for 4-H Camp Participants form" (Recomendaciones de Atención Médica por parte de Personal Médico Autorizado para Participantes en el Campamento 4-H).

EXPOSICIÓN: ¿Ha tenido el participante, alguna de las siguientes condiciones?

Varicela: Sí No

Sarampión: Sí No

Tuberculosis: Sí No

Vacunación contra el COVID-19: Sí No. Fecha: _____ Dosis de refuerzo contra el COVID-19: Sí No. Fecha: _____

Enumere cualquier otra exposición contagiosa (de haberla tenido, proporcione detalles): Sí No

VACUNAS

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

ATENCIÓN MÉDICA: Complete esta sección con la información médica y odontológica del participante* Esta información será usada únicamente en caso de una emergencia médica u odontológica.

Médico de cabecera: _____ Teléfono del médico de cabecera: (____) _____

Dirección de la clínica: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono del dentista: (____) _____

OBSERVACIONES: Anote cualquier adaptación necesaria debido a una discapacidad (explique las respuestas afirmativas).
 Sí No

HISTORIAL: ¿Incluye el historial médico de este participante alguno de los siguientes aspectos? (explique las respuestas afirmativas)

Enfermedad crónica aguda: Sí No Traumatismo cerebral: Sí No Restricciones / Limitaciones de actividad: Sí No

Tuvo una lesión, enfermedad o condición infecciosa reciente: Sí No ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha sido operado?: Sí No

SEGURO DE SALUD: El programa 4-H compra un seguro de accidentes para los jóvenes participantes en muchos de nuestros eventos patrocinados. Esta cobertura no es un sustituto de un seguro médico personal, y puede no cubrir todos los gastos médicos o del accidente. Por lo tanto, los proveedores médicos podrían considerar necesario facturar a la familia o a su compañía de seguro por los servicios médicos prestados. Por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre de la compañía: _____ Número de la póliza / grupo: _____

AFECCIONES MÉDICAS: El participante presenta o ha tenido:

¿TDA o TDAH? Sí No

¿Ansiedad? Sí No

¿Artritis? Sí No

¿Síndrome de Asperger? Sí No

¿Asma? Sí No

¿Enfermedad autoinmune? Sí No

¿Problemas de espalda? Sí No

¿Dolor en el pecho durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Problemas de articulaciones? Sí No

¿Convulsiones o ataques epilépticos? Sí No

¿Diabetes? Sí No

¿Mareos durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Infecciones frecuentes? Sí No

¿Trastorno alimenticio? Sí No

¿Historial de mojar la cama? Sí No

¿Mareo / Desmayos durante o después de ejercitarse? Sí No

¿Dolores de cabeza frecuentes? Sí No

¿Lesión craneal? Sí No

¿Diagnóstico de soplo del corazón? Sí No

¿Hepatitis A, B o C? Sí No

¿Hipertensión? Sí No

¿Mononucleosis en los últimos 12 meses? Sí No

¿Paperas? Sí No

¿Trastorno nervioso? Sí No

¿Sangrado nasal frecuente? Sí No

¿Sonambulismo? Sí No

¿Un trastorno mental? Sí No

¿Migrañas? Sí No

¿Problemas cutáneos? Sí No

¿Problemas estomacales? Sí No

Anote cualquier restricción o limitaciones respecto a las actividades del programa (p. ej. Lo que no puede hacer, que adaptaciones o limitaciones son necesarias):

Sí No Explique las respuestas afirmativas.

DISPOSITIVOS:

¿Usa lentes de contacto? Sí No

¿Auto inyector de epinefrina? (añada detalles) Sí No

¿Usa anteojos o lentes protectores? Sí No

¿Aparato auditivo? Sí No

¿Inhalador (añada detalles)? Sí No

¿Cualquier otro dispositivo? (añada detalles) Sí No

ALERGIAS: Por favor enumere todas sus alergias:

Aspirina Sí No

Picaduras de insectos Sí No

Lácteos Sí No

Huevos Sí No

Gluten Sí No

Nueces Sí No

Maní Sí No

Penicilina Sí No

Mariscos Sí No

Soya Sí No

Sulfamida Sí No

Protector solar Sí No

Vacuna antitetánica Sí No

Trigo Sí No

Anote aquí cualquier otra alergia: Sí No Anote aquí cualquier otra consideración dietética: Sí No

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS: Los siguientes medicamentos de venta libre, sin receta médica, pueden ser administrados a mi hijo(a), sin necesidad de ponerse en contacto conmigo.

Acetaminofén Yes No

Antiácido Yes No

Ungüento antibiótico Yes No

Antihistamínico Sí No

Aspirina Yes No

Ibuprofeno Yes No

Imodium Sí No

Medicamento para picaduras de insectos Sí No

Repelente de insectos Sí No

Pepto Bismol Sí No

Protector solar Sí No

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información de este historial de salud es correcta y está completa hasta donde tengo conocimiento. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del programa 4-H excepto aquellas que se han señalado.

Por medio de la presente doy mi consentimiento al Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para administrar medicamentos autorizados y recetados y acudir a tratamiento médico de emergencia, incluyendo la solicitud de rayos X o pruebas de rutina. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para propósitos del tratamiento, la remisión, la facturación o el seguro médico. Doy permiso a al Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para concertar el transporte necesario para la persona aquí descrita.

En caso de que no me puedan localizar en alguna situación de emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte para que obtenga y administre el tratamiento, incluyendo la hospitalización, de la persona aquí descrita. Este formulario completo puede ser fotocopiado para viajes fuera del condado o del estado.

Nombre del/la miembro: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Sí, doy mi autorización

No, No doy mi autorización

**ACUERDO PARA JÓVENES DE ASUNCIÓN DE RIESGOS, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD,
AUTORIZACIÓN DE USO DE FOTOS Y CONTENIDO AUDIOVISUAL, E INDEMNIZACIÓN DEL PROGRAMA
DE DESARROLLO JUVENIL 4-H DE NC**

En consideración a que la Universidad Estatal de Carolina del Norte y/o la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte permitan a mi hijo menor participar en el Programa 4-H de Carolina del Norte, (en lo sucesivo "Programa"), yo, por mi parte, y/o en nombre del menor mencionado a continuación (en lo sucesivo "Menor"), acepto lo siguiente:

Afirmo y reconozco que el Menor participa en el Programa para su propio beneficio personal. Entiendo que el Menor participará en actividades recreativas y de otro tipo como parte del Programa y que tales actividades tienen peligros y riesgos físicos inherentes. Entiendo y reconozco que los peligros y riesgos físicos inherentes a estas actividades son tales que ningún tipo de cuidado, precaución, instrucción o experiencia puede eliminarlos completamente. Estos peligros y riesgos incluyen, pero no se limitan a, la pérdida o daño de propiedad personal, torceduras, esguinces, moretones, agotamiento a causa del calor y otras lesiones personales, o incluso la muerte, que podrían ser consecuencia de tropiezos, caídas, contacto con otros individuos y fallas de equipo, entre otras causas. Asumo la responsabilidad de todos los riesgos, conocidos y desconocidos, que impliquen la participación del Menor en las actividades mencionadas, y autorizo voluntariamente la participación del Menor en función de mi propio juicio y conocimiento de la experiencia y capacidades del Menor.

Además, tengo entendido que el coronavirus ("COVID-19") ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud y se ha extendido, incluso dentro de Carolina del Norte. El COVID-19 es muy contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Entiendo y reconozco que existen peligros conocidos y potenciales al utilizar los programas, servicios e instalaciones del Programa, y reconozco que el uso de estas instalaciones y servicios puede, a pesar de los esfuerzos razonables del Programa por mitigar los peligros, resultar en la exposición al COVID-19, lo que podría dar lugar a requisitos de cuarentena, enfermedades graves, discapacidad y/o muerte. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y los departamentos de salud estatales y locales, están revisando y actualizando sus respectivas guías sobre la pandemia y su impacto casi todos los días.

Declaro que actúo en mi nombre o como el padre o tutor legal del Menor y que tengo autoridad para firmar este Acuerdo. También declaro que el Menor se encuentra en condiciones físicas y de otro tipo adecuadas para participar en el Programa. Entiendo que es únicamente mi responsabilidad determinar si la condición física del Menor es suficientemente apta y saludable para participar en el Programa, y si es necesario, consultaré con el médico del Menor para obtener la orientación apropiada.

En mi nombre y en nombre del Menor, por la presente acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Extensión Cooperativa de NC, la Universidad Estatal de Carolina del Norte, la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte, el Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte, y sus fideicomisarios, funcionarios, directores, empleados y agentes (las "Partes Eximidas") de cualquier responsabilidad, pérdidas, costos, daños, reclamaciones o causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan, resulten o estén relacionados de alguna manera con la participación del Menor en el Programa. Además, estoy de acuerdo en que si, a pesar de este Acuerdo, el Menor o cualquier persona en nombre del Menor, hace una reclamación contra cualquiera de las Partes Eximidas, indemnizaré, defenderé y dispensaré a cada una de las Partes Eximidas de cualquier responsabilidad en la que se pueda incurrir como resultado de dicha reclamación.

Entiendo que se requiere que el Menor y yo estemos familiarizados y que cumplamos con las reglas y regulaciones del Programa, incluyendo el Código de Conducta del Programa 4-H y/o el Estándar de Conducta para los Voluntarios del Programa NC 4-H y cualquier reglamento de seguridad establecido para el beneficio de todos los participantes. Acepto la responsabilidad exclusiva de la conducta y acciones del Menor mientras participa en el Programa.

Entiendo que este es un documento legal que es de cumplimiento obligatorio para mí, mis sucesores y beneficiarios y para aquellos que puedan hacer reclamos por mí o a través de mí. Tengo dieciocho años de edad o más, y tengo plena capacidad para entrar en este acuerdo y hacerlo voluntariamente.

 SÍ, HE LEÍDO ESTE ACUERDO, LO ENTIENDO, Y ACEPTO ESTAR OBLIGADO(A) POR ÉL.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Nombre del Menor:

Formulario de autorización de uso de fotos y contenido audiovisual del programa NC4-H

Acepto permitir a Extensión Cooperativa de NC, al Programa de Desarrollo Juvenil 4H, la Universidad Estatal de Carolina del Norte y la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte o a sus agentes que tomen fotos o graben al Menor durante el Programa. Además, acepto que pueda utilizarse mi imagen o semejanza en fotografías, vídeos o audio con fines educativos o promocionales, incluida su publicación en Internet. Estoy de acuerdo con que el uso que se haga de este material sea sin compensación alguna para mí o para el Menor. En mi nombre y en nombre del Menor, renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el material electrónico, fotográfico o impreso terminado que pueda ser utilizado junto con el material impreso ahora o en el futuro. Eximo expresamente a Extensión Cooperativa de NC, al Programa de Desarrollo Juvenil 4-H y a la Universidad Estatal de Carolina del Norte, la Universidad Estatal de A&T de Carolina del Norte, sus agentes, empleados, titulares de licencias y representantes de cualquier reclamación que yo o el Menor podamos tener por invasión de la privacidad, derecho de publicidad, difamación, violación de derechos de autor o cualquier otra causa de acción que surja del uso, adaptación, reproducción, distribución, difusión o exhibición de dichas grabaciones.

Elija una:

Acepto el uso de fotos/contenido audiovisual para todos los usos descritos en este acuerdo.

No acepto el uso de fotos/contenido audiovisual para ninguno de los usos descritos en este acuerdo.

Entiendo que este es un documento legal que es de cumplimiento obligatorio para mí, mis sucesores y beneficiarios y para aquellos que puedan hacer reclamos por mí o a través de mí. Tengo dieciocho años de edad o más, y tengo plena capacidad para entrar en este acuerdo y hacerlo voluntariamente.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO, LO ENTIENDO, Y ACEPTO ESTAR OBLIGADO(A) POR ÉL.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta: _____ Nombre del Menor: _____

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

Soy el padre, madre o tutor legal del Menor que se inscribe en este formulario. Entiendo y reconozco que, para participar en algunos programas locales, distritales y estatales de 4-H (por ejemplo, retiros, concursos, excursiones educativas, etc.), el Menor de Edad debe ser transportado en un vehículo motorizado a dichos programas y que, en muchas ocasiones, el transporte será proporcionado por el Programa de Desarrollo Juvenil 4-H de Carolina del Norte ("4-H").

Autorizo a que el Menor de Edad sea transportado en vehículos de propiedad del gobierno y/o de propiedad privada, conducidos por personas con licencia y pólizas de seguro apropiadas, quienes están autorizadas por 4-H para conducir.

Entiendo y he discutido con el Menor de Edad, que se espera que este cumpla con todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo motorizado (incluyendo, pero no limitado a, usar el cinturón de seguridad); se espera que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor, el personal o los voluntarios relacionados con el transporte; se espera que respete al conductor, al personal, a los voluntarios y a los demás ocupantes del vehículo motorizado, y, que no será motivo de molestia para el conductor del vehículo motorizado.

Soy consciente de los riesgos y peligros inherentes (incluidos, entre otros, daños a la propiedad, lesiones graves e incluso la muerte) relacionados con el transporte en vehículos motorizados. Por la presente, asumo voluntariamente dichos riesgos y, hasta donde lo permita la ley, renuncio voluntariamente, libero y eximo para siempre de toda responsabilidad a 4-H, a la Universidad Estatal de Carolina del Norte, a la Universidad Estatal Técnica y Agrícola de Carolina del Norte así como a sus empleados, voluntarios, agentes y representantes actuales y anteriores (colectivamente, los "Exentos" y, singularmente, un "Exento"), de toda responsabilidad, acciones, reclamos y demandas que surjan de o se relacionen con cualquier pérdida, daño o lesión sufrida en relación con el transporte del Menor de Edad hacia o desde los lugares de los eventos asociados con la participación del Menor de Edad en 4-H, a menos que el Menor de Edad o la propiedad del Menor de Edad sea directamente dañada o lesionada debido a negligencia grave o mala conducta intencional y deliberada por parte de un Exento. Asimismo, estoy de acuerdo con indemnizar y eximir de responsabilidad a los Exentos por las lesiones o muerte de cualquier persona(s) y daños a la propiedad que puedan resultar de la negligencia, acto u omisión intencional del Menor de Edad.

He leído en su totalidad este Formulario de exención de responsabilidad y autorización de transporte. Entiendo completamente sus términos y condiciones, y estoy de acuerdo en estar legalmente sujeto a sus términos. Al firmar este Formulario de exención de responsabilidad y autorización de transporte, no me baso en ninguna declaración oral o escrita de ninguno de los Exentos.

Elija una:

_____ **ESTOY DE ACUERDO** con la exención de responsabilidad y autorización de transporte, tal y como se describe en el presente documento.

_____ **NO ESTOY DE ACUERDO** con la exención de responsabilidad y autorización de transporte, tal y como se describe en el presente documento.

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Nombre del menor: _____

Código de conducta y procedimientos disciplinarios del Programa NC 4-H

El Programa de Desarrollo Juvenil NC 4-H ha establecido unos estándares de conducta para todos sus participantes. Es responsabilidad del padre/tutor legal y del participante revisar el Código de conducta y los procedimientos disciplinarios.

I. Propósito y aplicación:

- A. El Código de Conducta del 4-H tiene como finalidad fomentar un entorno seguro, tanto en el ámbito presencial como en el virtual, que favorezca un óptimo aprendizaje y el crecimiento. Con este fin, se espera que los jóvenes participantes se comporten de una manera que respete la dignidad, los derechos y la propiedad de los demás, y que no perjudique o interfiera con las metas del programa 4-H.
- B. Este Código de conducta y procedimientos disciplinarios del Programa 4-H constituye una condición para participar en cualquier actividad o programa del programa 4-H de Carolina del Norte.

II. Comportamientos prohibidos durante actividades del programa 4-H:

- A. Posesión, venta y/o uso de bebidas alcohólicas, productos de tabaco y drogas ilegales
O estar presente en lugares en los que haya individuos usando alcohol, productos de tabaco y/o cualquier sustancia ilegal
- B. Cualquier tipo de contacto físico de tipo sexual
- C. Está prohibido intimidar, acosar, o usar un lenguaje despectivo hacia otra persona o grupo de personas.
- D. El acoso no será tolerado. Las novatadas están prohibidas. El acoso cibernético está prohibido
- E. Grabar, tomar, compartir capturas de pantalla o imágenes está prohibido a menos que se indique lo contrario para los propósitos del Programa.
- F. Está prohibido compartir enlaces o contraseñas para los programas o el contenido, a menos que se indique lo contrario para propósitos del Programa
- G. Posesión de armas o armas de fuego (excepto cuando se participa en un evento deportivo de tiro del programa 4-H)
- H. Comportamiento que infrinja las leyes estatales o locales
- I. Daños a la propiedad ajena
- J. Robo, mal uso o abuso de propiedad pública o personal
- K. Conducta que ponga en peligro la seguridad de sí mismo o la de los demás
- L. Conducta que interrumpa o interfiera con la programación del programa 4-H
- M. Usar el contenido del Programa, los contactos, imágenes o video para uso personal fuera del ámbito del Programa.
- N. Compartir información personal, correo electrónico o cuentas de redes sociales con individuos fuera del ámbito del Programa
- O. Abandonar una actividad o instalación sin el permiso de los padres o del personal del Programa 4-H (incluyendo voluntarios autorizados)
- P. Vestimenta inapropiada, incluyendo, pero no limitándose a, ropa que altere las operaciones o metas del programa 4-H. Los ejemplos pueden incluir, entre otros, ropa con lenguaje o símbolos negativos o de odio y camisas o pantalones que no se ajusten apropiadamente o que no cubran el cuerpo y la ropa interior de un participante. La ropa debe cumplir las normas estipuladas en las escuelas públicas. Se pueden aplicar requisitos específicos de vestimenta cuando sea apropiado para un evento en particular.

III. Fundamentos adicionales para la adopción de medidas disciplinarias

El personal de Extensión del Condado o del Estado puede imponer medidas disciplinarias en conformidad con la Parte IV más adelante en casos de mala conducta por parte de participantes activos, anteriores o potenciales del Programa 4-H si, a juicio del personal del Programa 4-H o de sus supervisores, la mala conducta representa un riesgo potencial para el Programa 4-H. Esto incluye riesgos para la seguridad o el bienestar de otros y riesgos para el funcionamiento efectivo o la integridad del programa 4-H. Esto aplica sin importar si la mala conducta ocurrió durante una actividad del Programa 4-H o en un ambiente no relacionado con la actividad del programa 4-H.

IV. Procedimientos disciplinarios:

- A. La disciplina puede ser aplicada por cualquier miembro del personal del Programa 4-H o por un empleado del Servicio de Extensión Cooperativa de NC que tenga la responsabilidad de supervisar las actividades del Programa 4-H.
- B. A menos que se requiera una acción inmediata, los siguientes procedimientos deben llevarse a cabo antes de imponer cualquier consecuencia adversa:
 - 1) se le comunicará al participante acusado la acusación (cuál de los comportamientos prohibidos enumerados anteriormente se le acusa de violar), y
 - 2) se le informa al participante acusado de las pruebas basadas en hechos que respaldan la acusación, y
 - 3) se le dará al participante acusado la oportunidad de contar su versión de la historia.
- C. El personal del 4-H debe estar seguro de que el participante cometió el comportamiento prohibido antes de imponerle una sanción.
- D. Las sanciones pueden incluir algunas o todas las siguientes:
 - 1) Advertencia verbal
 - 2) Notificación a los padres
 - 3) Retiro inmediato de la actividad
 - 4) Aplicación de un contrato de conducta
 - 5) Remisión a la policía local y/o al tribunal de menores
 - 6) La suspensión del Programa y/o
 - 7) Expulsión del Programa
 - 8) Los participantes expulsados no tendrán derecho a la devolución de ninguna cuota o gasto.
 - 9) Otras sanciones apropiadas a las circunstancias, según lo determinado por el programa 4-H.
- E. Apelaciones
 - 1) La acción disciplinaria por incidentes locales o a nivel del condado puede ser apelada al director del condado y/o al agente del Programa 4-H. Todas las apelaciones deben realizarse por escrito y deben ser recibidas por el director del condado y/o el agente del programa 4-H dentro de los 30 días de la acción disciplinaria. El director del condado y/o el agente del Programa 4-H o su designado deben revisar la declaración de la apelación, cualquier respuesta escrita de la persona que haya tomado la decisión y cualquier información relevante. El director del condado y/o el agente del programa 4-H debe enviar una decisión por escrito al apelante, al miembro del personal del Programa 4-H que tomó la decisión inicial y al jefe del Programa Estatal de Desarrollo Juvenil 4-H. La decisión de la apelación del director del condado y/o del agente del Programa 4-H constituirá la acción final de la agencia, a menos que el director del Programa Estatal de Desarrollo Juvenil 4-H decida llevar a cabo una revisión adicional.
 - 2) Las medidas disciplinarias por incidentes regionales o estatales pueden apelarse ante el jefe del Programa: Head of the State 4-H Youth Development Program, Cooperative Extension Service, Box 7655, NC State University, Raleigh NC 27695-7655; teléfono (919) 513-3059. Todas las apelaciones deben realizarse por escrito y deben ser recibidas por el jefe dentro de los 30 días de la acción disciplinaria. El jefe del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H del Estado o su designado revisará la declaración de la apelación, cualquier respuesta escrita de la persona que tomó la decisión y podrá revisar otra información relevante. El jefe

enviará una decisión por escrito al apelante y al miembro del personal del Programa 4-H que tomó la decisión inicial, y la decisión de la apelación del jefe constituirá la acción final de la agencia.

F. Situaciones de acción inmediata:

Cuando exista una situación de emergencia o un riesgo significativo de que la mala conducta persista, el personal del Programa 4-H o de Extensión puede tomar medidas inmediatas para retirar a un participante de una actividad y otras medidas según sea necesario. En esos casos, la acción inmediata consiste en una medida disciplinaria temporal y el personal del programa 4-H o de la Extensión debe disponer los procedimientos de las partes B, C, D y E mencionadas anteriormente lo antes posible, pero en ningún caso debe tomar más de siete días a partir de la medida disciplinaria temporal.

Nombre del miembro en letras de imprenta: _____

Firma del miembro: _____

Nombre del Padre /Tutor en letra imprenta: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Política de igualdad de oportunidades, no discriminación y acción afirmativa

1. INTRODUCCIÓN

NC State (Universidad Estatal de Carolina del Norte) está conformada por una comunidad diversa, comprometida con acoger, incluir y apoyar a todas las personas. Las decisiones educativas y laborales deben basarse en factores relacionados con las habilidades o el rendimiento académico o laboral y deben alinearse con los valores de NC State.

Para apoyar este compromiso, NC State se esfuerza por proporcionar un entorno de aprendizaje y trabajo libre de todo acto ilegal de discriminación y acoso, así como un procedimiento equitativo y de apoyo para denunciar y resolver tales acusaciones, sin ningún tipo de represalias. Adicionalmente, NC State cuenta con un programa de acción afirmativa, diseñado para crear y mantener la diversidad tanto en sus programas y actividades educativas, como en su personal y en sus contratos con entidades externas.

Esta política define las conductas que están prohibidas y describe las disposiciones generales que seguirá la universidad con respecto al trámite de las denuncias de discriminación, acoso y represalias. Los procedimientos específicos referentes a los procesos de denuncia de discriminación, acoso y represalias, figuran en la reglamentación complementaria.

2. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

NC State proporciona igualdad de oportunidades y esfuerzos de acción afirmativa, y prohíbe la discriminación y el acoso basados en los siguientes elementos considerados como un "estatus protegido" por NC State.

- a. raza
- b. color
- c. religión (incluidas creencias y no creencias)
- d. sexo, incluido pero no limitado a:
 - (i) embarazo, parto o condición médica relacionada,
 - ii) crianza de los hijos; y
 - (iii) acoso sexual;
- e. orientación sexual;
- f. identidad de género real o percibida;
- g. edad;
- h. nacionalidad;
- i. discapacidad;
- j. condición de veterano; o
- k. información genética.

NC State también prohíbe las represalias basadas en la participación de una persona en una actividad protegida.

3. COBERTURA

3.1 Esta política se aplica a todos los solicitantes, empleados, estudiantes y otras personas de NC State que participen en programas o actividades de la Universidad y/o que se ocupen de asuntos de la Universidad, ya sea dentro o fuera del campus.

3.2 La Junta Directiva, a través del Canciller, ha designado a la Oficina de Igualdad y Diversidad Institucional ("OIED", por sus siglas en inglés) de NC State, como la oficina encargada de atender las denuncias de discriminación, acoso o represalias.

La Universidad Estatal de Carolina del Norte y la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte se comprometen a tomar medidas positivas para asegurar la igualdad de oportunidades sin importar la raza, color, credo, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad. Además, las dos universidades acogen a todas las personas sin importar su orientación sexual. Con la cooperación de la Universidad Estatal de Carolina del Norte, la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte, el Departamento de Agricultura de los EE.UU. y los gobiernos locales.

3.3 El título IX de las Enmiendas educativas de 1972 ("Título IX") prohíbe el acoso sexual, que es una forma de discriminación por razones de sexo.

Las regulaciones del título IX exigen que las instituciones de educación superior apliquen una política del título IX para abordar el acoso sexual, tal y como lo define específicamente el Departamento de Educación de los Estados Unidos. En consecuencia, las denuncias que indiquen que una persona puede haber incurrido en acoso sexual, tal como se define en la normativa del título IX, pueden estar sujetas a revisión de acuerdo con la política sobre acoso sexual del título IX ([NCSU POL 04.25.07](#)). No obstante, las conductas indebidas denunciadas que no constituyan acoso sexual, tal como se define específicamente en la política sobre acoso sexual del título IX, pueden seguir estando prohibidas y no impiden que la Universidad evalúe la conducta indebida denunciada, en virtud de las demás disposiciones de esta política.

4. DEFINICIONES

A efectos de esta política, se aplican las siguientes definiciones:

4.1 **Discriminación** es el trato desfavorable de una persona debido a su estatus protegido, que niega, limita o afecta negativamente un término o condición de empleo, educación o participación en programas o actividades de la Universidad. La discriminación incluye la negación de una solicitud de adecuación razonable, basada en una condición de discapacidad o religión.

4.2 **El acoso** es una conducta indeseable basada en el estatus protegido de una persona, que crea una situación en la que:

- a. la conducta ofensiva se convierte en una condición de empleo o de participación en un programa o actividad de la Universidad; o
- b. la conducta es lo suficientemente grave o generalizada como para crear un entorno que una persona razonable consideraría intimidante, hostil o abusivo.

Todas las circunstancias pertinentes se examinan como parte de esta determinación, incluyendo pero no limitado a, si la conducta es verbal, física o electrónica; la frecuencia de la conducta; la gravedad de la conducta; el estatus protegido y la relación de las personas involucradas; si la conducta fue física o psicológicamente amenazante o humillante; si la conducta interfirió irrazonablemente con el rendimiento laboral (para los empleados) o el rendimiento académico (para los estudiantes). Cuando es suficientemente grave, un solo caso de conducta indeseable puede constituir acoso en virtud de esta política.

El acoso sexual se define en la sección 4.6

4.3 **La actividad protegida** incluye la presentación de una denuncia que alegue una violación a esta política, la participación como testigo o parte en una investigación, procedimiento o audiencia que implique una presunta violación de esta política; o la solicitud de una adecuación razonable basada en una condición de discapacidad o religión.

4.4 **El estatus protegido** se define en la Sección 2 de esta política.

4.5 **Represalia** es cualquier acción adversa (incluyendo pero no limitada a la intimidación, amenazas o coerción en relación con una acción adversa) contra una persona porque dicha persona participó en una actividad protegida.

4.6 **Acoso sexual** es una forma de acoso basada en el sexo de una persona o que es de naturaleza sexual. El acoso sexual puede incluir insinuaciones sexuales no deseadas, petición de favores sexuales, explotación sexual y otros tipos de acoso verbal, no verbal o físico de naturaleza sexual. Las denuncias de acoso sexual, tal como se define en el título IX, pueden abordarse mediante la política de acoso sexual del título IX ([NCSU POL 04.25.07](#)).

5. DENUNCIAS

Cualquier persona puede reportar una denuncia de discriminación, acoso (incluido el acoso sexual), o represalia, como se define en esta política. El denunciante debe seguir el procedimiento descrito en [NCSU REG 04.25.02](#) (procedimientos de denuncia de discriminación, acoso y represalias), para presentar un reporte o una denuncia formal.

6. RESPUESTA A LAS DENUNCIAS DE DISCRIMINACIÓN, ACOSO Y REPRESALIAS

6.1 En respuesta a una denuncia o queja presentada conforme a esta política, NC State responderá y proporcionará un procedimiento justo con las debidas protecciones procesales para denunciantes y denunciados.

6.2 Se adoptarán las medidas correctivas oportunas en caso de infracción de esta política. Dichas medidas correctivas se diseñarán para poner fin a la discriminación, el acoso y/o las represalias y para evitar futuras infracciones. Las medidas correctivas pueden implicar acciones disciplinarias hasta, e incluyendo la expulsión (para estudiantes) o el despido (para empleados).

La Universidad Estatal de Carolina del Norte y la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte se comprometen a tomar medidas positivas para asegurar la igualdad de oportunidades sin importar la raza, color, credo, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad. Además, las dos universidades acogen a todas las personas sin importar su orientación sexual. Con la cooperación de la Universidad Estatal de Carolina del Norte, la Universidad Estatal A&T de Carolina del Norte, el Departamento de Agricultura de los EE.UU. y los gobiernos locales.

6.3 La acción disciplinaria por una violación de esta política será responsabilidad de la Oficina de Conducta Estudiantil (para estudiantes) y del administrador apropiado (es decir, vicerrector, decano, director, supervisor, etc.) (para empleados), de acuerdo con los procedimientos disciplinarios aplicables para estudiantes o empleados.

7. ACCIÓN AFIRMATIVA

7.1 NC State dispone de un programa de acción afirmativa de acuerdo con las leyes y normativas federales y estatales. El desarrollo del plan de acción afirmativa y de igualdad de oportunidades de empleo de la Universidad (el "Plan AA/EEO") en NC State, se asigna al vicerrector de Equidad y Diversidad Institucional, que actúa como el funcionario de acción afirmativa de la universidad.

7.2 El director de cada unidad administrativa o académica, y las subunidades identificadas por el funcionario de acción afirmativa, serán responsables de trabajar con este funcionario para implementar los requisitos del Plan AA/EEO.

7.3 Todas las publicaciones de la Universidad, anuncios de empleo, contratos y subcontratos federales principales, órdenes de compra y publicidad de eventos de la Universidad, deben indicar que NC State aplica el Plan AA/EEO. Los eslóganes y cláusulas aprobados para estos fines se encuentran en la página web de la OIED.

7.4 Como parte de los esfuerzos de acción afirmativa de NC State en relación con las personas con discapacidad y los veteranos protegidos, se invita y anima a las personas que reúnan los requisitos y deseen beneficiarse del Plan de Acción Afirmativa a que indiquen su condición. Esta información se proporciona voluntariamente y, a menos que la ley exija su revelación, la información obtenida se mantendrá confidencial.

*Se puede acceder a la NCSU POL 04.25.05 a través de este enlace: <https://policies.ncsu.edu/policy/pol-04-25-05/>.

DOY FE DE QUE HE LEÍDO ESTA DECLARACIÓN DE POLÍTICAS.

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre en letra impresa: _____

Nombre del menor: _____

MEDICAMENTOS

Anote **TODOS** los medicamentos, que su hijo puede tomar, incluso aquellos de venta libre o sin receta médica tales como Tylenol, Pepto-Bismol, Benadryl, etc. Si asiste a eventos por fuera del condado, lleve una cantidad de medicamento suficiente para que este le alcance para todo el tiempo que esté lejos de casa. Consérvelo en el envase/botella original que identifica al médico que lo recetó (si es un medicamento con receta), el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración.

Esta persona NO toma medicamentos de manera habitual

Esta persona toma medicamentos de la siguiente manera:

<u>Med#1</u>	Razón	Dosificación	Hora o momento del día_
<u>Med#2</u>	Razón	Dosificación	Hora o momento del día_
<u>Med#3</u>	Razón	Dosificación	Hora o momento del día_
<u>Med#4</u>	Razón	Dosificación	Hora o momento del día_

Recomendaciones de atención médica por personal médico con licencia solo para participantes del campamento 4-H

Examiné a este individuo en _____ Presión arterial____Peso____ Altura ____

En mi opinión, el aspirante antes mencionado puede no puede participar en un programa activo del campamento.

Restricciones/Recomendaciones: _____

Tratamiento que debe seguirse durante el campamento o medicamentos que deben administrarse en el campamento (nombre, dosis, frecuencia)

Información adicional para el personal de atención médica del campamento: _____

Firma del personal médico certificado: _____ **Fecha:** _____

En letra imprenta: _____ Título: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Indique las fechas de las vacunas para:
(Se puede adjuntar el historial de vacunación a este formulario)

Vacuna	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año
DTP				
TD (tétano/difteria)				
Tétano				
Poliomielitis				
SRP				
O Sarampión				
O paperas				
O rubéola				
Haemophilus influenzae				
Hepatitis B				
Varicela (varicela)				

Screening Record: For camp use only

Date _ Time _

Meds received Updates/additions to Health History Current Health needs identified

Screened by