



ESTADOS UNIDOS CUERPO JUVENIL DE CONSERVACIÓN FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO



Para ser Completado solo por
Solicitantes del Programa del Cuerpo Juvenil de Conservación (Youth Conservation Corps, YCC)

NOTA: Esta información se recopila bajo la autoridad de la Ley Pública 93-408. Se utilizará principalmente con el fin de determinar su elegibilidad para el servicio del Cuerpo Juvenil de Conservación (YCC). **Proporcionar esta información es un acto voluntario; sin embargo, no proporcionar la información solicitada puede descalificar la admisión en el programa del Cuerpo Juvenil de Conservación.**

HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

Responda las siguientes preguntas sobre sus antecedentes, contacto y otra información:

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Sexo: Masculino Femenino No Binario Se identifica como: _____ Prefiero no revelarlo

Fecha de nacimiento: _____ (dd/mm/aaaa) Edad: ____

Información de contacto

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

¿Está cubierto por un seguro médico familiar o algún otro tipo de seguro?

Sí No En caso afirmativo, indique el nombre de la aseguradora y el número de póliza: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Dirección: _____

¿Ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (Coloque "X" o marque donde corresponda)

Alergias	recientes o recurrentes Infecciones	Otros problemas de salud		
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Resfriado	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sonambulismo
<input type="checkbox"/> Hiedra venenosa	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/> Hinchazón/dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/> Infección de la vejiga	<input type="checkbox"/> Dificultad con el equilibrio	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> De salud mental condiciones
<input type="checkbox"/> Afección de la piel	<input type="checkbox"/> Infección intestinal	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Afección cardíaca
		<input type="checkbox"/> Problemas con la coagulación de la sangre	<input type="checkbox"/> Otros (identifique) _____	

¿Toma actualmente algún medicamento con receta?

Sí: si la respuesta es sí, explíquelo en la página 2
 No

¿Es alérgico a algún medicamento?

Sí: si la respuesta es sí, explíquelo en la página 2
 No

Historial de vacunación: los solicitantes deben haber recibido una vacuna o refuerzo de Tdap (tétanos, difteria, tos ferina) en los últimos diez años a fin de participar en el programa del YCC.

Fecha de la vacuna o último refuerzo de Tdap (dd/mm/aaaa): _____

Medicamentos

1. Utilice la siguiente tabla para identificar cualquier medicamento que el solicitante tome actualmente. Incluya el nombre, la dosis y cualquier instrucción específica que el personal del programa del YCC necesite para administrar el medicamento (si es necesario).

Nombre del medicamento	Dosis	Instrucciones

2. Mencione cualquier medicamento sin receta que el personal del programa del YCC tenga la aprobación para administrar si es necesario (por ejemplo, ibuprofeno):

3. Mencione todos los medicamentos a los que sea alérgico:

Limitaciones médicas y capacidades físicas

A continuación, se muestra una lista de actividades habituales y factores ambientales necesarios para el trabajo al aire libre. Marque cualquiera de los elementos a continuación que puedan limitar su participación en ciertos tipos de proyectos dentro del programa del YCC. La sede del YCC trabajará con usted para ajustar los proyectos y adaptarse a cualquier limitación lo mejor que pueda.

Limitaciones físicas y funcionales

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Levantamiento de peso: 45 libras y más | <input type="checkbox"/> Uso de los dedos | <input type="checkbox"/> Flexión repetida |
| <input type="checkbox"/> Traslado de peso: 45 libras y más | <input type="checkbox"/> Uso de ambas manos | <input type="checkbox"/> Escalada, solo piernas |
| <input type="checkbox"/> Arrastre en línea recta | <input type="checkbox"/> Caminata | <input type="checkbox"/> Escalada, uso de piernas y brazos. |
| <input type="checkbox"/> Arrastre de una mano sobre la otra | <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Uso de ambas piernas |
| <input type="checkbox"/> Empuje | <input type="checkbox"/> Gateo | <input type="checkbox"/> Escucha |
| <input type="checkbox"/> Agarre de un objeto por encima del nivel del hombro | <input type="checkbox"/> Arrodillamiento | <input type="checkbox"/> Visión corregida en un ojo (20/20 a 20/40) |

Factores ambientales

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exteriores | <input type="checkbox"/> Condiciones atmosféricas de sequía | <input type="checkbox"/> Trabajo alrededor de objetos en movimiento |
| <input type="checkbox"/> Calor excesivo | <input type="checkbox"/> Ruido excesivo e intermitente | <input type="checkbox"/> Trabajo en escaleras o andamios |
| <input type="checkbox"/> Frío excesivo | <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Trabajo con las manos en el agua |
| <input type="checkbox"/> Humedad excesiva | <input type="checkbox"/> Superficies resbaladizas o irregulares para caminar | <input type="checkbox"/> Trabajo en conjunto con otras personas |
| | | <input type="checkbox"/> Trabajo individual |

Utilice este espacio para explicar con más detalle aquellos factores mencionados anteriormente que podrían requerir atención o tratamiento adicional.

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE SI TIENE MÁS DE 18 AÑOS

Certifico que estoy familiarizado con el programa del Cuerpo Juvenil de Conservación (YCC) y que estoy listo para participar en el programa como miembro del YCC. Entiendo que no responsabilizaré al Gobierno de los Estados Unidos por ningún accidente o enfermedad fuera del programa, y autorizo que los primeros auxilios o la atención médica de emergencia se realicen en el centro más cercano y adecuado aprobado por el YCC. Autorizo a compartir información médica pertinente con un proveedor de atención médica en caso de que se necesiten primeros auxilios o atención médica de emergencia.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante
(se acepta firma digital)

Fecha
(dd/mm/aaaa)

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre

Correo electrónico

Número de contacto de
emergencia n.º 1

Número de contacto de
emergencia n.º 2

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Certifico que conozco el programa del Cuerpo Juvenil de Conservación (YCC) y que doy mi consentimiento para que mi hijo o pupilo participe en el programa como miembro del YCC. Entiendo que no responsabilizaré al Gobierno de los Estados Unidos por ningún accidente o enfermedad fuera del programa, y autorizo que los primeros auxilios o la atención médica de emergencia se realicen en el centro más cercano y adecuado aprobado por el YCC. Autorizo a compartir información médica pertinente con un proveedor de atención médica en caso de que se necesiten primeros auxilios o atención médica de emergencia.

Nombre del padre, madre o tutor legal

Firma del padre, madre o tutor
legal (se acepta la firma digital)

Fecha
(dd/mm/aaaa)

Calle

Ciudad

Estado

Código
postal

Información de contacto

Nombre

Correo electrónico

Número de contacto de
emergencia n.º 1

Número de contacto de
emergencia n.º 2

PARA SER COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO REVISOR

Nombre del funcionario revisor

Firma del funcionario revisor
(se acepta firma digital)

Fecha (dd/mm/aaaa)

Información adicional. Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional necesaria para completar la solicitud.

AVISOS

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Autoridad competente: Título 16 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), artículos 1701-1706, Capítulo 37: Cuerpo Juvenil de Conservación; y Cuerpo de Tierras Públicas, Subcapítulo I: Cuerpo Juvenil de Conservación (Ley del Cuerpo Juvenil de Conservación de 1970 (Ley Pública 91-378; 84 Estatuto 794) según enmienda de 1972 (Ley Pública 92-597) y 1974 (Ley Pública 93-408).

Objetivo: Esta información se recopila de los solicitantes seleccionados para determinar su capacidad de participar plenamente y para permitir que las agencias participantes realicen las adaptaciones razonables necesarias según corresponda.

Usos habituales: La información recopilada en este formulario se puede compartir de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 y los usos habituales que se mencionan en el DOI de los Avisos del Sistema de Registros de la Oficina del Secretario (OS), INTERIOR/OS-25, Registros de inscritos del YCC disponibles en <https://www.doi.gov/privacy/os-notice>.

Nota aclaratoria: Proporcionar esta información es un acto voluntario; sin embargo, no proporcionar la información solicitada puede descalificar la admisión en el programa YCC.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Título 44 del USC, artículo 3501), el Servicio de Parques Nacionales del Departamento del Interior de los EE. UU., el Servicio de Pesca y Vida Silvestre de los EE. UU. y el Departamento de Agricultura de los EE. UU.: Servicio Forestal de los EE. UU., recopilan la información necesaria para ayudar a las agencias a salvaguardar la salud, seguridad y bienestar de los inscritos en los programas del YCC. Su respuesta es voluntaria, pero no completar este formulario resultará en su exclusión de la participación en el Programa del YCC. Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no puede ejecutar ni patrocinar una recopilación de información ni una persona está obligada a responderla, a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). La OMB aprobó esta recopilación de información y le asignó el n.º de control 1093-0010.

DECLARACIÓN DE CARGA ESTIMADA

Estimamos que los informes públicos para esta recopilación de información durarán un promedio de 14 minutos, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener datos, y completar y revisar el formulario. Dirija sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto del formulario al Oficial Departamental de Autorización de Información, Departamento del Interior de EE. UU., 1849 C Street, NW Washington, DC 20240, o por correo electrónico a doi-pra@ios.doi.gov. No envíe su formulario completado a esta dirección.