

2017 POLIZA MEDICA

Como padre o guardian de _____, Solicito que en mi ausencia admitan al jugador susodicho a cualquier hospital o recurso médico la diagnosis y tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas, y personal, debido licenciado como doctores de la medicina o los doctores de la odontología o de otros tales técnicos o enfermeras certificados, realizar cualquier procedimiento de diagnóstico, procedimiento del tratamiento, procedimientos operativos y el tratamiento de la radiografía del menor de edad antedicho. No he recibido una garantía en cuanto a los resultados de el examen o tratamiento. Autorizo el hospital o el recurso médico para deshacer cualquier espécimen o tejido fino tomado del jugador susodicho.

Fecha de nacimiento de el jugador _____ Fecha de la ultima vacuna contra el Tetano _____

Alergias (incluyendo alergia a algun tipo de medicina) _____

Algun otro tipo de problemas medicos _____

Medico de la familia _____ Telefono _____

Nombre de los padres o guardian de el jugador _____
(USE LETRA DE MOLDE)

Domicilio _____

Ciudad, Estado, C.P. _____

Telefono (Casa) _____ Telefono (Trabajo) _____ Cell _____

Persona a cargo de el jugador (solamente si es diferente a la persona mencionada previamente) _____

Domicilio _____

Ciudad, Estado, C.P. _____

Telefono (Casa) _____ Telefono (Trabajo) _____ Cell _____

Persona a quien notificar si los padres no estan disponibles _____

Domicilio _____

Ciudad, Estado, C.P. _____

Telefono (Casa) _____ Telefono (Trabajo) _____ Cell _____

Nombre de su compania de seguro _____ Numero de poliza _____

Firma de padre o guardian X _____ Fecha _____