

# 2018 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 \_\_\_\_\_