



Formulario de registro y exención de Responsabilidad Médica

Información del jugador:

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

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

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre completo de el Padre/ Tutor: _____

Relación: _____

Teléfono () _____

Correo Electronico : _____

Información De Contacto De Emergencia: _____

Teléfono () _____

Médico de Cabecera :

Domicilio De Consultorio : _____

Tel () _____

Correo Electronico y /o Fax: _____

Condiciones médicas y
alergias: _____

Mi hijo / a ha recibido un examen físico por un médico y ha sido encontrado físicamente capaz de participar en el programa. Por la presente estoy de acuerdo en revelar por escrito todos las pre-condiciones médicas existentes y/o actuales, incluyendo y no limitado a alergias, asma, traumatismos, dolor persistente y exacerbado o lesión enumerados en el formulario de registro a la entrenadores y / o gerentes.

Yo (Nombre y apellido) _____ por la presente doy mi consentimiento para tener un entrenador atlético, entrenador, gerente de equipo, personal médico de emergencia, enfermeras, otro personal asociado y / o médicos para proporcionar al solicitante Asistencia médica y / o tratamiento en caso de emergencia o lesión durante la práctica o un partido. Reconozco la posibilidad de lesiones físicas asociadas con soccer / futbol, y por la presente acepto ser responsable financieramente del costo de dicha asistencia y / o tratamiento, y por la presente liberar, descargar e indemnizar al club, al personal de estas organizaciones, contra cualquier reclamo por o en nombre del jugador de fútbol mencionado anteriormente como resultado de la participación en **Los Angeles International FC**.