



Little League® Béisbol y Softbol

Revelación Médica



NOTA: A llevarse a cabo por cualquier Temporada Regular o Dirigente del Equipo del Torneo junto con el roster del equipo o declaración jurada de elegibilidad.

Jugador: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Liga: _____ Número de Identidad: _____

Autorización del Padre o Tutor: _____

En caso de emergencia, si no se puede llegar al médico familiar, Yo, por la presente autorizo que mi hijo sea tratado por el Personal de Emergencia Certificado. (es decir, TME, Primeros Auxilios, Médico de Emergencia)

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Hospital de Preferencia: _____

En caso de emergencia contactar a:

Por favor liste cualquier alergia/problema médico, incluyendo aquellos que requieran medicamentos permanentes. (es decir, Diabético, Asma, Trastorno de Convulsión)

Diagnóstico Médico	Medicamentos	Dosificación	Frecuencia de Dosificación

Fecha de la última dosis de refuerzo de toxina del tétano: _____

El propósito de la información listada arriba es asegurar que el personal médico tenga detalles de cualquier problema médico el cual pueda interferir con o alterar el tratamiento.

Sr./Sra./Srta. _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor Autorizado

PRECAUCIÓN El equipo de protección no puede prevenir todas las lesiones que un jugador podría recibir durante la participación en Béisbol/Softbol. Las Pequeñas Ligas no limita la participación en sus actividades sobre una base de discapacidad, raza, color, credo, origen nacional, género, preferencia sexual o religiosa.