



Washington Youth Soccer
 7100 Fort Dent Way, Suite 215 · Tukwila, Washington 98188-7500
 PHONE (253) 4-SOCCER · FAX (206) 420-1532 · TOLL FREE 1-877-424-4318
www.washingtonyouthsoccer.org



Formulario de Autorización Médica

Como Padre/tutor legal de _____, Yo pido que en mi ausencia el jugador nombrado anteriormente- sea admitido a cualquier hospital o centro de atención medica para el diagnostico y tratamiento. Yo solicito y autorizo a los médicos, dentistas, y el personal, debidamente autorizados como Doctores de Medicina o Médicos de Odontología e otros técnicos o enfermeras con dicha licencia para llevar a cabo un procedimiento de diagnostico, procedimiento de tratamiento, procedimientos operativos y tratamiento de rayos-x del menor mencionado anteriormente. No me han dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Yo autorizo al hospital o centro médico para disponer de cualquier muestra o tejido tomado del jugador mencionado anteriormente.

Fecha de nacimiento del jugador ____/____/____ Fecha de la ultima vacuna del Tétano
 ____/____/____ Mes Día Año Mes Día Año

Alergias conocidas de este jugador, incluyendo cualquier alergia a medicina

Cualquier otro problema médico que debe ser anotado _____

Médico de Familia _____ Teléfono () _____ - _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono de Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____

Persona responsable de los gastos (si distinto al anterior) _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono de Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____

Persona a notificar si el padre/tutor no está disponible _____

Teléfono de Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____

Compañía de Seguro _____ Numero de Póliza _____

Firma del Padre/Tutor _____