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 róster 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: _____

_____

Nombre Teléfono Relación con el Jugador

_____

Nombre Teléfono Relación con el Jugador

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

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.

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

_____

Sr./Sra./Srta. _____

Firma del Padre/Tutor Autorizado