

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL DE DATOS DEL ATLETA (OPCIONAL)



Completar **SÓLO** si el atleta no tiene en su expediente los Formularios Médico y de Exención de Responsabilidad actualizados.

Distrito _____ Escuela/Agencia _____

Nombre del atleta _____ Apellido _____

Sexo (M o F) _____ Fecha de nacimiento / / _____ Edad _____
mes día año

Seguro Social # _____ Escuela/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono () _____

Nombre de los padres o tutores _____

Dirección (si es diferente a la del atleta) _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono () _____
(si es diferente al del atleta)

Dirección electrónica de los padres o tutores _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono de emergencia () _____

Enumere los deportes en los cuales desea participar este año: _____

Talle de la camiseta: Niños - S M L Adultos - S M L XL XXL

Talle del pantalón corto: Niños - S M L Adultos - S M L XL XXL

INFORMACIÓN MÉDICA

Compañía aseguradora _____ Póliza # _____

Describe los problemas médicos más importantes que haya tenido en los últimos 12 meses: _____

Enumere alergias a medicamentos, picaduras de insectos o alimentos: _____

Medicamentos recetados en la actualidad:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de la Receta	Recetado para las siguientes condiciones	Nombre del médico/ Teléfono

De ser necesario, enumere los demás medicamentos en una hoja aparte.