FORMULARIO R002 | 2025-2026 AÑO DE REGISTRO

Información del jugador, autorización de tratamiento médico, exención/renuncia de responsabilidad y formulario de consentimiento

Este formulario debe permanecer con el club durante al menos cinco (5) años o hasta que el jugador tenga 18 años, lo que ocurra después.

Nombre del Club: San Pablo United Youth Soccer Club Ciudad: San Pablo Estado: CA

Nombre de la Liga: SPUYSC

INFORMACIÓN MÉDICA DEL JUGADOR

Nombre del jugador: Día de Nacimiento: Género: ☐ Female ☐ Male

Dirección: Ciudad:

Estado: Código Postal: Correo Electronico:

Nombre del Padre: Teléfono (Casa): ( ) Teléfono (Trabajo) ( )

Correo Electronico: Celular: ( ) Recibe Texto/SMS? ☐Si ☐No

Nombre de la Madre: Teléfono (Casa): ( ) Teléfono (Trabajo) ( )

Correo Electronico:: Celular: ( ) Recibe Texto/SMS? ☐Si ☐No

En el caso de emergencia cuando no se puede contactar con el padre/tutor, por favor, llame:

Nombre: Teléfono 1: ( ) Teléfono 2: ( )

Nombre: Teléfono 1: ( ) Teléfono 2: ( )

Por favor haga una lista de alergias:

Por favor, haga una lista de otras condiciones médicas:

Médico: Teléfono 1: ( ) Teléfono 2: ( )

Compañía de seguros médicos: Teléfono: ( )

Titular de la póliza: Número de póliza:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y RENUNCIA A LA RESPONSIBILIDAD

Por la presente, doy consentimientos a que los entrenadores físicos, los entrenadores técnicos, los gerentes, los directores médicos, los técnicos de emergencia médica, los enfermeros, las instalaciones de tratamientos médicos, y/o el doctor de medicina o de odontología, o personal asociado, proporcionen asistencia médica y/o tratamiento al participante y me comprometo ser financieramente responsable por todos los gastos de cualquier asistencia y/o tratamiento. Entiendo que el tratamiento de lesiones se basará en la información en este formulario. Por la presente, autorizo transportación de urgencias del participante a la instalación de tratamientos médicos cuando cualquier individual anteriormente mencionado considera que es necesario. Reconozco la posibilidad de daños físicos asociados con el fútbol, y por este medio libero, descargo, y de cualquier manera, indemnizo a mi club y a mi equipo, US Club Soccer, sus patrocinadores, US Soccer Federation y las organizaciones afiliadas, y los empleados y personal asociado con dichas organizaciones, contra cualquier demanda legal del jugador como resultado de la participación del jugador en los programas de US Club Soccer y/o en el transporte desde y a cualquier de estos programas, que por la presente también autorizo.

Por la presente, doy consentimiento al club anteriormente nombrado a registrarme con US Club Soccer. Entiendo que en cualquier momento puedo estar registrado con sólo uno de los clubes miembros de US Club Soccer. [Nota: No es necesario rellenar este formulario en cuanto el jugador sigue con este club. El formulario permanecerá con el club, a no ser de que US Club Soccer lo solicite.]

ACORDADO Y ACEPTADO: Por la presente acepto todos los términos y condiciones establecidos en esta Información del jugador, Autorización de tratamiento médico, Exención/exención de responsabilidad, Formulario de consentimiento y Código de conducta.

Firma: _____ ***Fecha:*** _____ Relación al jugador: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor