



Solo para uso del personal de la Academia

Fecha de recepción: _____

Solicitud de ingreso a la Academia

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA ACADEMIA:

Nombre: (Primero) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Origen étnico: _____

Sexo (encerrar con un círculo): Masculino Femenino Estatura: ____pulgadas Peso: ____libras

Dirección actual: _____ N.º de dpto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE o TUTOR:

Padre o tutor

Nombre: (Primero) _____ (Apellido) _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL JUGADOR:

Posiciones:	Receptor	Primera base	Segunda base	Tercera base	Parador en corto
	Jardinero	Lanzador diestro	Lanzador zurdo	Jugador de utilidad	
Batea:	Derecha	Izquierda	Alternar		
Lanza:	Derecha	Izquierda	Alternar		

INFORMACIÓN EDUCATIVA:

Grado: J 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º 10.º 11.º 12.º Año de universidad: 1 2 3 4 5

Escuela/Universidad: _____ Ciudad de la escuela: _____

¿Cómo se enteró de la Academia? _____

¿Ha jugado al béisbol o sóftbol antes? _____



**Major League Baseball Urban Youth Academy
ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN**

EN CONTRAPRESTACIÓN por poder utilizar las instalaciones, servicios y programas de la Major League Baseball Urban Youth Academy (la "Academia") (o para que mis hijos participen) para cualquier propósito, incluidos, entre otros, la observación, o uso de las instalaciones o equipos, o la participación en cualquier programa en el lugar asociado a la Academia, el que suscribe, por sí mismo o por el niño que participa y cualquier representante personal, herederos y familiares, por medio de la presente reconoce, acepta y declara que ha inspeccionado y evaluado detenidamente el establecimiento y las instalaciones, o el programa asociado, o que lo hará de inmediato al momento del ingreso o participación. También se garantiza que dicho ingreso en la Academia para observación o uso de cualquier instalación o equipo, o para la participación en dicho programa asociado constituyen la aceptación de que el establecimiento y todas sus instalaciones y equipos, y el programa asociado han sido inspeccionados y evaluados detenidamente, y que el que suscribe establece y acepta que es seguro y razonablemente adecuado para el propósito de dicha observación, uso o participación por parte del que suscribe o dicho niño.

COMO CONTRAPRESTACIÓN ADICIONAL POR PODER INGRESAR A LA ACADEMIA PARA CUALQUIER PROPÓSITO INCLUIDOS, ENTRE OTROS, OBSERVACIÓN O USO DE LAS INSTALACIONES O EQUIPOS, O PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PROGRAMA EN EL LUGAR ASOCIADO CON LA ACADEMIA. EL QUE SUSCRIBE, POR MEDIO DE LA PRESENTE, ACUERDA LO SIGUIENTE:

1. EL QUE SUSCRIBE, EN SU NOMBRE O EN NOMBRE DEL NIÑO, POR MEDIO DE LA PRESENTE LIBERA, EXIME Y CONVIENE NO DEMANDAR A LA ACADEMIA, sus directores, funcionarios, empleados y agentes (en adelante los "exonerados") de toda responsabilidad hacia el que suscribe o al niño y a todos los representantes personales, cesionarios, herederos y familiares del que suscribe o del niño por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demanda por consiguiente a causa de una lesión en la persona o propiedad o que tenga como consecuencia la muerte del que suscribe o del niño, ya sea producto de la negligencia de los exonerados o de otro modo mientras el que suscribe o el niño se encuentra en el establecimiento o en cualquiera de sus instalación o equipos, o participando en un programa asociado con la ACADEMIA.
2. EL QUE SUSCRIBE, POR MEDIO DE LA PRESENTE, ACUERDA INDEMNIZAR Y AMPARAR Y EXONERAR DE TODA RESPONSABILIDAD a cada uno de los exonerados por cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en los que puedan incurrir como consecuencia de la negligencia, acción intencional u otro acto contributivo por parte del que suscribe o del niño en el establecimiento de la ACADEMIA, o por la observación o uso de cualquier instalación o equipo de la ACADEMIA o la participación en cualquier programa asociado con la ACADEMIA.
3. EL QUE SUSCRIBE, POR MEDIO DE LA PRESENTE, ASUME TODA RESPONSABILIDAD Y RIESGO DE LESIONES EN EL CUERPO, MUERTE O DAÑOS EN LA PROPIEDAD del que suscribe o el niño como consecuencia de la negligencia de los exonerados, o de otro modo mientras se encuentre en el establecimiento de la ACADEMIA, o mientras usa el establecimiento o cualquiera de sus instalaciones o equipos, o mientras participa en cualquier programa asociado con la ACADEMIA.

EL QUE SUSCRIBE, además acepta expresamente que el ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN anterior tiene el objetivo de ser lo más amplio e inclusivo dentro de lo que permita la ley del Estado de California, y que si cualquier parte de este documento se declarara nula, se acuerda que el resto permanecerá, a pesar de eso, en plena vigencia legal.

EL QUE SUSCRIBE HA LEÍDO Y FIRMA VOLUNTARIAMENTE EL ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN, y acepta además que no se han realizado persuasiones, manifestaciones ni declaraciones orales además del acuerdo escrito anterior.

He leído la solicitud completa, comprendo las reglas de la Academia y solicito que mi hijo/hija obtenga la membresía. Le he explicado las reglas a mi hijo/hija y acepto que la Academia no será responsable de ningún accidente que tenga el niño/la niña mientras se encuentre en el establecimiento de la Academia o mientras esté realizando alguna actividad fuera de la Academia. Doy mi consentimiento para que la Academia utilice de cualquier forma que desee fotografías y videos en los que aparezca mi hijo/hija.

Nombre en letra de imprenta del miembro de la Academia: _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor: _____

Firma del miembro de la Academia/padre o tutor: _____



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del contacto secundario/para emergencias: _____

Número de teléfono: _____

	SÍ	NO
¿Alguna vez fue hospitalizado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Actualmente toma algún medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez se desmayó durante o después de hacer ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez se sintió mareado durante o después de hacer ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene dificultad para respirar o tose durante o después de hacer ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido algún problema con los ojos o la vista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa anteojos, lentes de contacto o protección ocular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene problemas de audición?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene asma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene una afección cardíaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene diabetes? Tipo 1 ____ Tipo 2 ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa un brazalete o collar con información médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez sufrió una conmoción?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Actualmente toma algún suplemento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene alguna alergia o es alérgico a algo? Si es así, ¿requiere un autoinyector EPI-Pen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si responde sí a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione una explicación breve a continuación.
