

HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Sexo: Masculino / Femenino

En caso de emergencia notificar a: _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

Historial Médico

Enfermedades o condiciones:

Alta Presión	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Migraña	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Anemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Bronquitis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	crónicos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sinusitis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Epilepsia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Taquicardia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hemorria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hipertensión	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otra	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Especifique: _____	

Hospitalizaciones recientes: SÍ NO _____ Especifique: _____

Alergias a medicamentos, alimentos u otros: SÍ NO _____ Especifique: _____

Lesiones: Por favor explique si ha tenido una lesión reciente (brazos, pies, rodillas) _____

Favor mencione todas las medicinas o sustancias que toma regularmente o frecuentemente: _____

Historial de Vacunas: Favor adjunte una copia del historial de vacunas _____

Examen Físico

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Presión Arterial: _____
 Agudeza visual: Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Audición: _____

Evaluación Clínica	Normal (sí / no)	Comentarios
Piel		
Oídos, nariz, garganta		
Cardiovascular		
Respiratorio		
Gastrointestinal		
Musculosquelétal		
Neurológico		

Certificado Médico

Yo, _____ certificado que
 examiné a _____, a quien
 encuentro en perfecto estado de salud y libre de
 enfermedades contagiosas. El examinado está
 capacitado física y emocionalmente para partici-
 par de actividades deportivas y recreativas.

Nombre Médico (letra molde) _____ Num. Lic. _____

Firma Médico _____ Fecha _____



INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE E HISTORIAL MÉDICO



Información y matrícula:
 787.408.2522 y 787.449.2575
 socceracademy@spadi.com

www.spadi.com



De Diego 403, San Juan, Puerto Rico 00923

www.spadi.com

E-mail: socceracademy@spadi.com

INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 TELÉFONOS: _____
 DIRECCIÓN: _____
 ESTADO / PAÍS: _____ ZIP CODE: _____
 E-MAIL: _____
 TELÉFONOS EN CASO DE EMERGENCIA: _____
 PERSONA CONTACTO: _____
 MÉDICO DEL PARTICIPANTE: _____ TELÉFONO: _____
 ESCUELA: _____ GRADO: _____



Foto 2X2

TAMAÑO CAMISA: Niño: XS S M L XL Adulto: S M L XL
 POSICIÓN (Marque uno por favor): Jugador de Campo Portero Sin definir
 ¿Ha jugado fútbol antes? SÍ NO ¿Dónde? _____ Años: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

NOMBRE PADRE: _____ OCUPACIÓN: _____
 LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
 NOMBRE MADRE: _____ OCUPACIÓN: _____
 LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
 Nombre de hermano(s) participando en SPADI SOCCER ACADEMY: _____

Seleccione cantidad de semanas que participará: 1 2 3 Otro: _____
 Seleccione según aplique: Semana #1 - Fecha: _____ Semana #2 - Fecha: _____
Semana #3 - Fecha: _____ Otro: _____

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

YO, _____, Padre, Madre o Tutor del niño(a) _____ certifico que estoy enterado de las actividades de SPADI SOCCER ACADEMY llevadas a cabo en el _____ y mediante la presente autorizo a mi hijo(a) antes mencionado a participar en SPADI SOCCER ACADEMY y en sus actividades recreativas y deportivas. De la misma manera reconozco que riesgos de lesiones en la práctica del fútbol por lo que acepto estos riesgos y la responsabilidad personal por los daños que resulten de dichas lesiones. RELEVO DE TODA RESPONSABILIDAD A SPADI SOCCER ACADEMY, Sports & Athlete Development Institute Inc. (SPADI), al _____, organizadores, director, auspiciadores y empleados de cualquier reclamación por lesiones, enfermedad o incapacidad en la que se pueda ver afectado mi hijo(a) a consecuencia de las actividades en la Academia de Fútbol. Igualmente, me hago responsable de cualquier daño a la propiedad privada de SPADI, _____ en la que se pueda ver involucrado el participante. Certifico que el participante ha sido examinado por un médico recientemente y está físicamente apto para realizar actividades físicas y deportivas en la Academia. Autorizo a los directores de SPADI SOCCER ACADEMY a seleccionar un médico y/o hospital y que se le administre tratamiento a mi hijo(a) en caso de emergencia. Además, autorizo a la administración de SPADI, _____ sus auspiciadores a tomar fotos y videos de mi(s) hijo(s) durante su participación en SPADI SOCCER ACADEMY que serán publicadas en nuestra página de Internet (www.spadi.com) y/o documentos publicitarios de SPADI y sus auspiciadores u otros medios necesarios.

- Para asegurar espacios en los programas de verano o semestrales de la academia, se requiere un depósito no reembolsable de \$100.
- Una vez pagada la matrícula y haya comenzado el programa de la Academia no habrá devolución de dinero.
- Cheques devueltos en el banco tendrán un cargo adicional de \$25.00. La totalidad tendrá que ser pagada en efectivo.
- No se aceptarán inscripciones con documentos incompletos. Adjuntar foto, hoja de historial médico y certificado de vacunas.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR: _____ Fecha: _____

USO OFICIAL SOLAMENTE

Fecha de inscripción: _____ Programa/Categoría: _____
 Total pagado: _____ Forma de pago: Efectivo Cheque #CK: _____
 Observaciones: _____
 # Recibo _____ Firma personal autorizado: _____