



Asociación del Fútbol de Arizona Formulario de Informe de Lesión

Se debe presentar un formulario de informe de lesión a ASA dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la lesión y antes de presentar un reclamo medico. Manda el formulario completado a medical@azyouthsoccer.org

Año de Temporada _____ - _____

| | | | |
|---------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Estado: | Nuevo Informe <input type="checkbox"/> | Corrección <input type="checkbox"/> | Eliminar <input type="checkbox"/> |
|---------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|

| | | | |
|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Persona Lesionada: | Jugador <input type="checkbox"/> | Entrenador <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| | Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> | Fecha de Nacimiento: _____ Mes Día Año |
| Nombre: | _____ Teléfono (____) _____ | | |
| Dirección: | _____ | | |
| Ciudad: | _____ | Estado: _____ | Código Postal: _____ |
| Número de Miembro: | _____ _____ | | |

| | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| Información de la lesión: | Juego de Liga <input type="checkbox"/> | Juego de Torneo <input type="checkbox"/> | Practica <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Equipo: | _____ | | | |
| Lugar: | _____ | | | |
| Estado de Afiliación | _____ | | | |
| _____ | | | | |



Detalles de la lesión: Fecha que la lesión ocurrió: _____ Tiempo ____:____ a.m/p.m

Describe el incidente en detalle. Si es necesario adjunte páginas adicionales:

Firmas

Nombre de Entrenador: _____ Firma: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Firma: _____

Padre/Guardian Teléfono: (____) ____ _____

Compañía de Seguro Medica: _____ Teléfono: (____) ____ _____

Numero de póliza: : _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACION DEL ESTADO

Fecha de recepción de la reclamación medica inicial: _____

Fecha de recepción del formulario: _____

Fecha de aprobación de la reclamación medica inicial: _____

Procesado por: _____

Firma: _____

Notas: _____

