

# Exoneración de Responsabilidad de los Padres y Reconocimiento de una Conmoción Cerebral Directrices y Materiales

Este formulario debe ser completado anualmente y presentado a OASA como parte del proceso de registro.

## Exoneración de Responsabilidad de los Padres

Teniendo en cuenta la participación de mi hijo/a, que actualmente no tiene por lo menos 18 años de edad, en los partidos de fútbol y otros programas realizados por debajo la sanción del Oregon Adult Soccer Association, Inc. (OASA) y sus ligas afiliadas. Yo libero y exonero OASA y todas sus ligas afiliadas, árbitros y patrocinadores, y todos sus directores, funcionarios, entidades matrices, filiales, agentes, empleados, sucesores y cesionarios, de cualquier y todas las acciones reclamaciones, pérdidas, daños o gastos por lesiones personales o corporales (incluida la muerte), y la pérdida o daño de propiedad, contraídos por mí o mi hijo/a o que surja de o en relación con la participación de mi hijo/a en los partidos de fútbol y otros programas realizados por o bajo la sanción de la OASA y sus ligas afiliadas.

Nombre Impreso del jugador

Nombre Impreso de los Padres/Tutores del jugador

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

## Reconocimiento de una Conmoción Cerebral Directrices y Materiales

Nueva formación y directrices de procedimiento de una conmoción cerebral ahora están en efecto para los entrenadores de Oregón, administradores, árbitros, jugadores menores de 18 años y sus padres o tutores legales. Por cada año de participación, y antes de que un jugador menor de 18 participante, por lo menos uno de los padres o tutores legales deben reconocer recibo y la revisión de las directrices y materiales relacionados con las conmociones cerebrales, como se describe en la ley.

Por favor revise y reconozca recibimiento de la Hoja de Información de los Padres/Atleta de una conmoción cerebral y/o cualquier otro material relacionado por firmar a continuación. Juntos podemos ayudar a asegurar mejores resultados para los atletas que sufren conmociones cerebrales.

### Padre / Tutor

He recibido y revisado las directrices y materiales con respecto a las señales de advertencia de una conmoción cerebral. Estoy de acuerdo que mi hijo/a tiene que ser retirado de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral y que es mi responsabilidad de buscar tratamiento médico si una conmoción cerebral es reportado a mí. Entiendo que mi hijo/a no puede regresar a la práctica/juego hasta proporcionar por escrito la autorización de un proveedor apropiado de cuidado de salud a su entrenador o director de equipo y entiendo las posibles consecuencias de mi hijo/a si regresa a practicar/jugar demasiado pronto.

Nombre Impreso de los Padres/ Tutores del jugador

Relación con el atleta

Fecha de nacimiento de los Padres/Tutores\*

Contacto Preferida de los Padres/Tutores (correo electrónico/teléfono)

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

### Jugador

He recibido y revisado las directrices y materiales con respecto a las señales de advertencia de una conmoción cerebral. Entiendo la importancia de informar una sospecha de una conmoción cerebral a mis entrenadores y mis padres/tutores y que debo ser retirado de la práctica/juego si se sospecha de una conmoción cerebral. Entiendo que debo proporcionar por escrito la autorización de un proveedor apropiado de cuidado de salud a mi entrenador o director de equipo antes de volver a la práctica/juego y entiendo de las posibles consecuencias al volver a practicar/jugar demasiado pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

Nombre impreso del jugador

Fecha de nacimiento del jugador

Correo electrónico del jugador

Firma del jugador

Fecha

**\* Los padres/tutores deben demostrar la identificación en el momento de la inscripción.**



Oregon Adult Soccer Association  
1750 SW Skyline Blvd. STE 121  
Portland, OR 97221

Phone: (503) 292-1814  
FAX: (503) 297-4513  
player@oregonadultsoccer.com  
www.oregonadultsoccer.com