



Formulario de Solicitud de Afiliación Nuevo Ingreso o Renovación **2021**

Renovación

Nuevo Ingreso

Nombre Atleta (incluir ambos apellidos):	Tel. Residencia:	Celular:
Dirección:		
Correo Electrónico:		
Fecha de Nacimiento: mes/día/año	Núm. Pasaporte:	
Eventos:	Club:	Entrenador (a):
Nombre de los Padres:	Teléfono Residencia:	Celular:
	Teléfono del Trabajo:	Otro:
Persona a Llamar en Caso de Emergencia (de no ser los Padres):	Teléfono Residencia:	Teléfono del Trabajo:
	Celular:	Otro:
INFORMACIÓN MÉDICA		
El propósito principal que tiene la FAPUR al solicitar esta información es tenerla accesible en las competencias organizadas por la Federación de manera que se pueda identificar condiciones médicas generales en caso de emergencia. La información médica es personal y requiere privacidad y confidencialidad. FAPUR está comprometida en proteger la información médica de su hijo(a), cumpliendo así con la Ley de protección de récords médicos, HIPAA.		
INDIQUE SI PADECE DE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES		
Tipo de Sangre:	Nombre del Médico de Cabecera:	Teléfono:
Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Condiciones Cardíacas:
Condiciones Respiratorias:		
Indique si Actualmente está en Tratamiento Médico (indique medicamentos con nombre genérico o comercial):		
Otras Condiciones Médicas que desee comentar:		
Declaro y certifico que (está / estoy) físicamente apto para actividades de este tipo, que (ha / he) sido examinado recientemente por un médico. Además, autorizo a que se gestione cualquier atención médica necesaria en la competencia, incluyendo el traslado a un hospital para proveer asistencia médica. Declaro que (es/soy) aficionado, que (conoce / conozco) las normas y los requisitos para competir, que no (usa / uso), ni (usará / usaré) drogas o estimulantes. Por lo tanto, no tengo objeción a que se (somete / someterme) a pruebas de dopaje cuando sea ordenado por las autoridades deportivas y (acatará / acataré) los reglamentos de la Federación de Atletismo de Puerto Rico y de la IAAF.		
Firma del Padre, Madre, Encargado o Participante		Fecha