

RBI PROGRAM PLAYER RELEASE & WAIVER

In consideration of _____ (the "Player") having been provided the opportunity to participate in the Reviving Baseball in Inner Cities ("RBI") program of the Office of the Commissioner of Baseball (the "Program"), the Player and his/her parent or guardian hereby voluntarily agree as follows:

RELEASE FROM LIABILITY AND COVENANT NOT TO SUE. The Player and his/her parent or guardian agrees, for him/herself and his/her personal representatives, executors, administrators, heirs, next of kin, successors and assigns, to release and forever discharge the Program, the Player's local RBI league, Boys & Girls Clubs of America, Major League Baseball Charities, Inc., the Office of the Commissioner of Baseball, Major League Baseball Enterprises, Inc., Major League Baseball Properties, Inc., MLB Advanced Media, LP, The MLB Network, LLC, each of the Major League Baseball Clubs and other affiliated entities and their respective related entities, subsidiaries, affiliates, officers, directors, partners, owners, shareholders, governors, agents, servants, officials, employees, volunteers, successors, assigns and/or licensees (each a "RBI Entity" and collectively the "RBI Entities") from, and waive in respect of each RBI Entity and covenant not to sue any RBI Entity for, any and all liabilities, losses, damages, costs, expenses (including, but not limited to, attorneys' fees and expenses), actions, causes of action, suits, obligations, judgments and claims of any nature whatsoever (collectively, the "Liabilities") arising from, based upon or relating to personal injury or death to, or damage to or loss of property of, the Player and/or his/her parent or guardian sustained in connection with the Player's participation in the Program. Such release, discharge, waive and covenant not to sue shall include, but not be limited to, any and all such Liabilities caused in whole or in part by the negligence of any RBI Entity in connection with such RBI Entity's involvement with the Program.

PLAYER ASSUMES RISK. Each of the Player and his/her parent or guardian is aware of and understands the inherent risks and dangers of baseball and softball and the potential for injury that exists when participating in this activity, and agrees to assume all risk of and responsibility for personal injury or death to Player, and/or damage to or loss of Player property, arising from, based upon or relating to the Player's participation in the Program. Such assumption of risk includes, but is not limited to, any personal injury or death, and/or damage to or loss of property, arising from, based upon or relating to the lack skill of any player, the improper conduct of any player and the acts or omissions of any umpire, coach or supervisor, and any personal injury or death, or damage to and/or loss of property, caused in whole or in part by the negligence of any RBI Entity. Each of the Player and his/her parent or guardian understands and agrees that, in the event of any injury to Player, none of the RBI Entities will be responsible for any decisions relating to medical treatment for Player or for such treatment itself.

RIGHT OF PUBLICITY. The Player's participation in the Program shall constitute permission to use the name, likeness, image, voice, biographical information or any other identification of the Player for advertising, publicity, instructional or any other purposes in connection with the Program or the business of any of the RBI Entities, in perpetuity, worldwide, and in any and all media now or hereafter known, without compensation to or right of prior review or approval by the Player or his/her parent or guardian. Each of the Player and his/her parent(s) or guardian agrees, for him/herself and his/her personal representatives, executors, administrators, heirs, next of kin, successors and assigns, to release and discharge each RBI Entity from, to waive in respect of each RBI Entity, and not to sue any RBI Entity for, any and all Liabilities arising from, based upon or relating to any claim for invasion of privacy, violation of right of publicity, defamation or appropriation, or any similar claim, in connection with any such use.

MISCELLANEOUS. This release, discharge, waiver and covenant not to sue shall be governed by and construed in accordance with the laws of the State of New York, without regard to conflict of laws principles. New York shall be the sole jurisdiction for all disputes. If any portion of this release, discharge, waiver and covenant not to sue shall be held invalid or unenforceable, the remaining portion hereof shall not be affected thereby and shall remain in full force and effect.

REPRESENTATIONS. Each of the Player and his/her parent or guardian states that he/she has had full opportunity to ask any questions regarding the Program that he/she may have, that he/she has read and understands this release, discharge, waiver, and covenant not to sue (or that the parent or guardian has read and understands this release, discharge, waiver and covenant not to sue, and has explained it to the Player) and that he/she has been given the opportunity to review this release, discharge, waiver, and covenant not to sue with any he/she chooses, including a lawyer, and has done so to the extent he/she wishes to do so. Each of the Player and his/her parent or guardian further states that the Player is the beneficiary of his/her parent or guardian's insurance policy or is otherwise covered by sufficient insurance coverage, has been examined by a doctor within the past six months, is in good physical condition, is physically fit to participate in the Program and is not subject to any medical condition that poses or may pose risk of harm or disability to others.

Name of Player (Please Print)

Signature of Player

Date

Name of Parent or Guardian (Please Print)

Signature of Parent or Guardian

Date

Name of Witness (Please Print)

Signature of Witness

Date

Formulario de solicitud y permiso médico para el programa RBI

Béisbol _____ División junior

Softball _____ División senior
NOMBRE DE LA LIGA _____

INFORMACIÓN DEL JUGADOR

Nombre completo _____ Número del Seguro Social _____
_____-_____-_____- (apellido) (nombre) (inicial del segundo nombre)

Dirección permanente: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Escuela _____ Grado _____

Fecha de nacimiento _____

País de origen _____ ¿Cuántos años has vivido en Estados Unidos? _____

Origen étnico: asiático / negro / hispano / nativo americano / blanco / otro _____

Nombre del padre(s), cónyuge o tutor legal (circule su contestación) _____

Dirección _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal) (país)

Teléfono: Trabajo (_____) _____ Casa (_____) _____ Móvil (_____) _____

Correo Electrónico: _____

SI EN CASO DE EMERGENCIA NO SE PUEDE LOCALIZAR A LA PERSONA INDICADA ARRIBA, CONTACTE A LA SIGUIENTE PERSONA:

Nombre _____ Parentesco o relación _____

Dirección _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal) (país)

Teléfono: Trabajo (_____) _____ Casa (_____) _____ Móvil (_____) _____

Nombre del doctor o la clínica adonde asiste para cuidado médico: _____

Dirección _____ Teléfono (_____) _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía del seguro médico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Número de la póliza _____ Nombre del suscriptor _____

Número del Seguro Social del suscriptor _____ - _____ - _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE NECESIDAD INMEDIATA

Si su hijo o hija tiene menos de 18 años de edad, usted como su padre o tutor legal deberá firmar este permiso que autoriza al programa RBI a prestar diagnósticos y tratamientos apropiados, y servicios médicos de emergencia sin demoras innecesarias. Sin un permiso firmado, su hijo o hija no podrá recibir tratamiento a no ser que su condición médica actual y conocida esté exenta de requerir permiso de los padres y/o notificarles a los mismos. Aunque tengamos un permiso firmado para tratamiento, intentaremos contactarle e informarle como padre o tutor legal antes de iniciar cualquier diagnóstico o tratamiento mayor salvo en el caso de una emergencia. Deberá quedar entendido que bajo ciertas circunstancias su hijo o hija será trasladado para diagnóstico y tratamiento.

Yo declaro que la información anterior es verdadera y completa hasta donde yo sé. Le doy permiso al programa RBI para prestar los diagnósticos, las terapias, las inmunizaciones voluntarias y/o los procedimientos quirúrgicos y/o los traslados que el programa RBI crea necesarios para mi hijo o hija menor de 18 años de edad. Estoy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta, y acepto que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de un tratamiento o examen médico. Comprendo y acepto además que los términos del formulario de cesión y renuncia del programa RBI (incluyendo sin limitación alguna la sección titulada CESIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONVENIO DE NO DEMANDAR) están por el presente incluidos en este documento.

Firma del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal (en letra de molde) Fecha

Firma del jugador

Nombre del jugador (en letra de molde) Fecha

PARTE A – CHEQUEO MÉDICO PERSONAL

El formulario deberá ser rellenado por un médico

Nombre del atleta: _____ Estatura: _____ Peso _____

Presión sanguínea ____ / ____ Pulso en reposo: _____

Agudeza visual (sin corregir) Der. ____ / ____ Izq. ____ / ____ (corregida): Der. ____ / ____ Izq. ____ / ____

Daltonismo _____ Ojos-oidos-nariz-garganta, tiroides: _____

Dentadura _____

Pecho: _____

Cardiovascular: _____

Abdomen (incluyendo hernias y testículos): _____

SNT (sistema nervioso central): _____ Respuesta de los reflejos: _____ Piel: _____

Aparato locomotor (*por favor note cualquier evidencia de cualquier lesión previa, inestabilidad o pérdida de flexibilidad*)

mano/muñeca: _____

codo: _____

hombro: _____

cuello/espalda: _____

cadera/pelvis: _____

rodilla: _____

tobillo/pie: _____

Comentarios adicionales/condiciones anómalas:

Laboratorio (si indicado) _____ CSC (conteo sanguíneo completo) _____ Orina _____

Otras pruebas (según se indiquen): _____

Rayos X (si indicado): _____

Recomendaciones respecto a participación:	Notas:
Sin limitaciones (Contacto/colisión)	_____
Contacto limitado/impacto	_____
Participación sin contacto	_____
Intensa	_____
Moderada	_____
No intensa	_____
Requiere más consultas/pruebas	_____
No está en forma	_____

Recomendaciones antes de iniciar participación (por ejemplo, rehabilitación):

Nombre del médico (en letra de molde): _____ Firma del médico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha del chequeo médico: _____ Teléfono (): _____

PARTE B – HISTORIA MÉDICA PERSONAL

Por favor indique cuales de las siguientes son pertinentes y apunte al lado de cada una el diagnóstico y la fecha cuando comenzó la condición.

1. ALERGIAS/REACCIONES ADVERSAS A MEDICACIONES/COMIDA/INSECTOS/OTROS? No Sí-por favor anote abajo

Aspirina Codeína Penicilina/Ampicilina Sulfamida Otra _____

2. ¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN CON FRECUENCIA O REGULARIDAD? No Sí-por favor anote abajo

Por favor enumere TODAS las recetas Y medicaciones sin recetas Y suplementos nutritivos que consuma con regularidad incluyendo medicación para problemas como acné, alergias, anemia, ansiedad, asma, ataques de apoplejía, control de la natalidad, depresión, diabetes, dolor, epilepsia, problemas intestinales, alta presión sanguínea o sueño.

3. ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD, CIRUGÍAS/OPERACIONES U HOSPITALIZACIONES?

Indique cada condición:	No	Sí	Diagnóstico/fecha	Indique cada condición:	No	Sí	Diagnóstico/fecha
Problemas de alcohol o drogas				Enfermedades de transmisión sexual			
Alta presión sanguínea				Epilepsia con convulsiones			
Anorexia, bulimia u otro trastorno alimenticio				Esplenectomía			
Amigdalectomía				Fracturas de huesos			
Apendicectomía				Hepatitis viral (especifique A o B)			
Asma				Prueba o enfermedad HIV o SIDA			
Cáncer, leucemia, o linfoma				Migraña			
Problemas de colesterol o lípido				Mononucleosis infecciosa			
Condición, enfermedad o soplos del corazón				Radioterapia para la cabeza / espalda			
Depresión				Transfusión de sangre o de productos sanguíneos			
Diabetes				Trastorno por déficit de atención (TDAH)			
Problemas emocionales o mentales				Varicela			
Otra cirugía o condición médica:							

4. ¿PADECE ACTUALMENTE DE ALGUNA DISCAPACIDAD? No Sí-por favor anote abajo

Emocional o mental Oído Aprendizaje Locomoción Otra de Motor Visión Otra: _____

5. PREGUNTAS VARIADAS DE SALUD – ¿CUÁLES APLICAN A USTED?

- No Sí 1. ¿Fuma? ¿Cigarrillos, cigarros, o pipa? ¿O consume tabaco de mascar, chupar o rapé?
- No Sí 2. ¿Toma bebidas que contienen alcohol, tales como cerveza, vino o bebidas destiladas?
- No Sí 3. ¿Fuma marihuana o consume otras drogas callejeras como LSD o cocaína?
- No Sí 4. ¿Ha sufrido exposición extensa a sustancias peligrosas (por ejemplo asbestos, benceno, plomo, mercurio, pesticidas)?
- No Sí 5. ¿Se ha visto obligado interrumpir sus estudios o trabajo debido a enfermedad física o mental?