FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales:



¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reins	cripción?	☐ Reinscripción					
INFORMACIÓN DEL ATLETA							
Nombre:	Segundo Nombre:						
Apellidos:	Nombre preferido:						
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	☐ Femenino ☐ Masculino						
Raza/Origen Étnico (Opcional): □ Nativo de Alaska / Indio Americano □ Asiático □ Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico □ Blanco □ Hispano o Latino (especifica el grupo de origen:)							
Idioma(s) Habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional): Ma							
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro(s) (por favor especifíca	alo(s):						
Dirección. Calle y número:							
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:					
Teléfono:	Correo Electrónico:						
Deportes / Actividades:							
Patrón o Empleador del Atleta, si lo hubiere (Opcional):							
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre qu	ue se le administren cuidados médi	cos? □Sí □□No					
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio Si el a	tleta es menor de edad o requiere d	e un tutor legal)					
Nombre:							
Relación o Parentesco:							
☐ La misma información de contacto del Atleta							
Dirección. Calle y número:							
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:					
Teléfono:	Correo Electrónico:						
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA							
☐ La misma del Familiar o Tutor							
Nombre:							
Teléfono:	Relación o Parentesco:						
INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO							
Nombre del Médico:							
Teléfono del Médico:							
Compañía Aseguradora:	Número de Póliza de Seguro:						
Número de Seguro Colectivo:							

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, PARA EL ATLETA



Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- 1. Capacidad de Participar. Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
- 2. Autorización para el Uso de Referencias a mi Persona. Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los Juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics") para usar alusiones a mi persona; fotografías y vídeo en los que yo aparezco; mi nombre, mi voz y mis palabras, para propósitos de promoción de los Juegos Olimpiadas Especiales y para recaudar fondos para actividades de Olimpiadas Especiales.
- 3. Riesgo de Conmoción Cerebral y Otros Tipos de Lesión. Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deporte después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que si he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión, requeriré autorización de un doctor para volver a practicar deporte, y que quizás necesite dejar de practicar deporte por 7 días o más.
- 4. Cuidados de Emergencia. Si me viera imposibilitado, o mi tutor no estuviera disponible, para autorizar que se me administren cuidados médicos o tomar decisiones en caso de emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a administrarme cuidados médicos, a menos de que yo marque uno de los siguientes cuadros:

Tengo objeciones religiosas o de otro tipo para recibir tratamientos médicos. (No común)
No autorizo me sean administradas transfusiones sanguíneas. (No común)
(Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS
MÉDICOS DE EMERGENCIA)

- 5. **Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel, en dormitorio universitario, o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración.
- 6. **Programas de salud** Si decido ser parte de algún programa de salud, estoy de acuerdo en participar en las actividades respectivas y en someterme a las pruebas y tratamientos correspondientes. Estas actividades, pruebas y tratamientos no sustituyen a los cuidados médicos de cabecera que pudiera yo necesitar. Tendré la posibilidad de rechazar cualquier tratamiento u otro tipo de actividad en cualquier momento que lo desee.
- 7. **Información Personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá mi información personal para que pueda yo participar, y que esta información incluye mi nombre, imagen, domicilio, número telefónico, expedientes y otros datos médicos, y otra información que me identifique personalmente, que yo he proporcionado a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
 - Utilizar mi información personal para cerciorarse de que califico para participar y puedo hacerlo con seguridad; llevar a cabo eventos y sesiones de entrenamiento; publicar resultados de las competencias (incluyendo en sitios web y medios electrónicos); administrar cuidados médicos, si participo en un programa de salud; analizar datos para perfeccionar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes en los Juegos Special Olympics; realizar operaciones informáticas, pruebas, controles de calidad, y otras actividades relacionadas; y suministrar servicios relacionados con los eventos.
 - Utilizar mi información personal para elaborar un perfil de mi persona para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo enviarme comunicados directos de marketing digital vía correo electrónico, SMS, redes sociales y otros canales.
 - Ocmpartir mi información personal con (i) investigadores, socios de negocios, agencias de sanidad pública y otras organizaciones que realicen investigación sobre discapacidades intelectuales y el efecto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) especialistas médicos en caso de emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, para ayudarme a obtener los visados para viajes internacionales que sean necesarios para asistir a eventos de Special Olympics, y para cualquier otro propósito destinado a proteger la seguridad pública, y responder a cualquier solicitud gubernamental de información que disponga la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con oficinas centrales en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en algún país distinto al mío, donde resido, incluyendo los Estados Unidos de América. Entiendo que estos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que el de mi país de residencia y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos de América rijan el procesamiento que se hará de mi información personal tal como se autoriza en este formulario.
 - Tengo el derecho de, a mi solicitud, ver mi información personal, o de que se me mantenga al tanto de cuál es la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de solicitar corrección o eliminación de mi información personal, y de restringir el procesamiento que se haga de la misma si resultara incongruente con la autorización que aquí doy,
 - Divulgación de Información Personal. La información personal podrá divulgarse de conformidad con el presente formulario y tal como lo detalla la política de privacidad de Special Olympics, disponible en www.SpecialOlympics.org/Privacy Policy.aspx.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:					
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)						
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.						
Firma del Atleta: Fecha:						
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)						
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.						
Firma del Familiar o Tutor:		Fecha:				
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco:					



En Olimpiadas Especiales dependemos de nuestros socios y patrocinadores para lograr nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeo e historias de nuestros atletas para ejemplificar el efecto que tiene el apoyo de las compañías que nos patrocinan. Si autorizas que se utilicen referencias a tu persona de esta manera, por favor lee lo siguiente y fírmalo.

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los Juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics"), y a sus socios y patrocinadores para usar; fotografías y vídeo en los que yo aparezco; mi nombre, mi voz y mis palabras (las "Referencias a mi persona"), para reconocer el apoyo que sus socios y patrocinadores dan a Special Olympics.
- Ni Special Olympics ni sus socios y patrocinadores utilizarán "las Referencias a mi persona" para promocionar servicios o productos comerciales.
- Entiendo que no recibiré remuneración alguna por el uso de "las Referencias a mi persona".

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:					
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)						
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.						
Firma del Atleta:	Fecha:					
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)						
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.						
Firma del Familiar o Tutor:	Fecha:					
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco:					

Formulario Médico del Atleta – **HISTORIAL MÉDICO** (Debe ser completado por el atleta o el padre/madre/tutor/cuidador y traído al Examen)





Nombre y apellido del atleta:	Nombre preferido:					
Fecha de nacimiento del atleta (mm/dd/aaaa):	☐ Femenino ☐ Masculino					
PAÍS:	E-mail:					
AFECCIONES ASOCIADAS- El atleta tiene (marque lo que	corresponda):					
☐ Autismo ☐ Síndrome	de Down	☐ Síndrome X frágil				
☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome	alcohólico fetal					
☐ Otro síndrome, por favor especifique:						
ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS	DISPOSITIVOS DE AYUDA	A - El atleta usa (marque lo d				
☐ No se conocen alergias	☐ Soporte ortopédico	☐ Colostomía	☐ Dispositivo de comunicación			
□ Látex	☐ Máquina CPAP	☐ Muletas o andador	☐ Dentaduras			
☐ Medicación:	☐ Anteojos o lentes de contacto	☐ Sonda gástrica o sonda en J	☐ Audífono			
☐ Mordeduras o picaduras de insectos:	☐ Dispositivo implantado	☐ Inhalador	☐ Marcapasos			
☐ Alimentos:	☐ Prótesis removible	☐ Férula	☐ Silla de ruedas			
Indique cualquier necesidad dietética especial:						
PARTIC	IPACIÓN EN DEPORTES					
Indique todos los deportes de Olimpiadas Especiales d	en los que el atleta desea ju	ıgar:				
	1 - 41 - 4					
¿Ha limitado un médico alguna vez la participación de ☐ No ☐ Sí Si indicó "sí", por	-					
OIDUCÍAS	INFECCIONES VACUINAS					
Indique todas las cirugías que ha tenido:	, INFECCIONES, VACUNAS					
que teune las onaglas que na terrae.						
¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la						
□ No □ Sí Si indicó "sí", por favor describa: ¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? Si indicó "sí", describa la fecha						
y los resultados	(LOG) o ecocardiografia (L	oo, anormales: or male	Si , describa la lecria			
☐ Sí, tuvo un ECG anormal						
☐ Sí, tuvo una ECO anormal						
¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? ☐ No ☐ Sí						
HISTORIAL DE I	EPILEPSIA Y/O CONVULSIO	ONES				
Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsion	es 🗆 No 🗆	Sí				
Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión:						
Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último	año? ☐ No ☐	Sí				
	SALUD MENTAL					
Conducta autolesiva durante el último año 🔲 No	☐ Sí Depresión (dia	agnosticada) 🗆 No	□Sí			
Conducta agresiva durante el último año ☐ No	☐ Sí Ansiedad (diag	gnosticada) □ No	□ Sí			
Describa cualquier problema de salud mental adiciona	ıl:					
HIS	STORIAL FAMILIAR					
¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco			l Sí			
¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía o	-	□ No □	l Sí			
Indique todas las afecciones médicas que existen en la	a iaiiiilia uei atleta:					

Formulario Médico del Atleta — **HISTORIAL MÉDICO** (Debe ser completado por el atleta o el padre/madre/tutor/cuidador y traído al Examen)





Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si	Nombre y apellido del atle	eta:									
Peedida de conciencia No SI Marcos currente o después de hacer ejercicio No SI Commodornia No SI Commodorn	¿ALGUNA VEZ SE	LE DIAGNO	STICÓ	O EXPERI	IMENTÓ EL A	TLETA AL	GUNA D	E LAS S	SIGUIENTES AFEC	CIONES?	
More de attente de después de hacer No Si Deficiencia usultar No Si Deficiencia											
Door de cabeza durante o después de hacer No Si Deficiencia visual No Si Dabetes No Si Dobetes No Si Deficiencia visual No Si Diabetes No Si	Mareos durante o después de h	acer ejercicio	□ 1	No □ Sí		do de	□ No	□Sí		□ No	□Sí
Dispersion Dispersion durante o después de hacer No Si Bazo agrandado No Si Hepatitis No Si Si Bazo agrandado No Si Hepatitis No Si Si Si Si Si Si Si S		oués de hacer		No □ Sí		ı visual	□ No	□Sí		□ No	□Sí
Difficultate para respirar durante o después de la nacer ejercido. No SI Razo agrandado No SI Molestia urinaria No SI Ration único No SI Molestia urinaria No SI Si Ration único No SI	Dolor en el pecho durante o des	spués de hacei	r 🗆 N	No □ Sí	Deficiencia	auditiva	□ No	□Sí	Diabetes	□ No	□Sí
Laidos de corazón irregulares, acelerados u	Dificultad para respirar durante	o después de		No □ Sí	Bazo agra	ndado	□ No	□Sí	Hepatitis	□ No	□Sí
Defecto cardiaco congénito No Sí Osteoprosis No Sí Espina bifida No Sí Alaque al corazón No Sí Osteoprosis No Sí Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Si Cardiomiopatia cardiaca No Sí Si Cardiomiopatia No Sí Si Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Si Cardiomiopatia No Sí Si Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Cardiomiopatia No Sí Si Cardiomiopatica No Sí No Sí Si Cardiomiopatica No Sí No Sí Si Cardiomiopati	Latidos de corazón irregulares,	acelerados u		No □ Sí	Riñón únic	0	□ No	□Sí	Molestia urinaria	□ No	□Sí
Cardiomiopatia			□ 1	No □ Sí	Osteoporo	sis	□ No	□Sí	Espina bífida	□ No	□Sí
Valvulopatia cardiaca No Si Responde per control No Si Sopio del corazón No Si Sangrado fail No Si Articulaciones No Si Articulaciones No Si Sopio del corazón No Si Si es una atleta femenina, indique Ia fecha del último período menstrual: Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó 'si' para cualquier de estos cambios previamente): Sintomas neurológicos para la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga No Si Indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Nindoó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó 'si', pes nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó '	Ataque al corazón		□ 1	No □ Sí	Osteopenia	a	□ No	□Sí	Artritis	□ No	□Sí
Valvulopatia cardíaca No SI Rasgo drepanocitico No SI Articulaciones No SI Sopio del corazón No SI Singrado facil No SI Articulaciones No SI Si e una atleta femenina, indique la fecha del último período menstrual: Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó "si" para cualquier de estos cambios previamente): Indique cualquier otra afección médica actual o pasada: Sintomas neurológicos para la compresión de la médula espínal o inestabilidad atlantoaxial Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No SI Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 año	Cardiomiopatía		□ 1	No □ Sí			□ No	□Sí	•	□ No	□Sí
Sopo de Corazón No Si Singiaco racio No Si Si es una atleta femenina, indique Ia fecha del último período menstrual:	Valvulopatía cardíaca		□ N	No □ Sí	•	•	□ No	□Sí		□ No	□Sí
Endocarditis	Soplo del corazón		□ 1	No □ Sí	Sangrado	fácil	□ No	□Sí		□ No	□Sí
Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó "sí" para cualquier de estos cambios previamente): Indique cualquier otra afección médica actual o pasada:	Endocarditis		□ N	No □ Sí					-		
Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Inclinación de la cabeza No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Inclinación de la cabeza No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Do	Indique cualquier otra afecció	on médica acti	ual o pa	sada:							
Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Inclinación de la cabeza No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Inclinación de la cabeza No Si Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Dosis Dosis Veces por Nombre de la medicación Vitamina o suplemento Do											
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos nalgas, piernas o pies No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Inclinación de la cabeza No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indico "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, Dosis Veces por vitamina o suplemento Dosis Veces por vitamina o suplemento Dosis Veces por día Vitamina o suplemento Dosis Veces por vitamina o suplemento Dosis Veces por día Dosis Veces por vitamina o suplemento Dosis D	Síntom	as neurológ	icos pa	ara la com	presión de la	médula es	pinal o i	nestabil	idad atlantoaxial		
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor	Dificultad para controlar las d	eposiciones o	o la veji	ga	□ No □ S	Sí Si indicó	"sí", ¿es nu	evo o está	peor en los últimos 3 año	os? 🗆 N	o 🗆 S
Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies Inclinación de la cabeza No Si Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S	Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies 🗆 No 🖂 Sí Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? 🗀 🗈						os? □N	o □S			
espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies No S Inclinación de la cabeza No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Espasticidad No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Parálisis No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No S Indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Indicó "si indicó "si", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años? No Indicó "si"	Debilidad en piernas, brazos, manos o pies □ No □ Si Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3						peor en los últimos 3 año	os? □N	o 🗆 S		
Espasticidad					□ No □ S	Sí Si indicó	"sí", ¿es nu	evo o está	peor en los últimos 3 año	os? □N	o 🗆 S
No				□ No □ S	Sí Si indicó	"sí", ¿es nu	evo o está	peor en los últimos 3 año	os? 🗌 N	o 🗆 S	
INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día Ve	Espasticidad				□ No □ S	Sí Si indicó	"sí", ¿es nu	evo o está	peor en los últimos 3 año	os? □N	o 🗆 S
(incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día	Parálisis				□ No □ S	Sí Si indicó	"sí", ¿es nu	evo o está	peor en los últimos 3 año	os? □N	o □ S
(incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal) Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día Nombre de la medicación, vitamina o suplemento Dosis Veces por día	INDIQUE P	OR FAVOR	CUALO	OUIER MEI	DICACIÓN. V	TAMINA O	SUPLEN	IENTO	DIETÉTICO ABAJO)	
vitamina o suplemento día vitamina o suplemento día vitamina o suplemento por día por día vitamina o suplemento vitamina o suplemento por día vitamina			(incluye	inhaladore	es, anticoncep	tivos o teraj	pia horm	onal)			
¿Puede el atleta administrarse su propia medicación?		Dosis Ve				Dosis				Dosis	
Nombre de la persona que completa este formulario Relación con el atleta Teléfono E-mail	¿Puede el atleta administra	arse su prop	oia med	licación?	□ No □	Sí					
	Nombre de la persona que	completa e	ste for	mulario	Relación co	n el atleta		Teléfor	10	E-mai	ı

Formulario Médico del Atleta — **EXAMEN FÍSICO**(Debe ser completado por un <u>Profesional Médico Certificado</u> calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y a	apellido del a	ıtleta:							
(Del	he ser comple	etada por un Pro			ÓN FÍSICA I cado, califica		ar exámenes i	v recetar med	licamentos)
Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno		ial (en mmHg)		
cm	kg	IMC	C			PA derecha:	PA izquierda:	Visión derech ☐ No ☐ Si	a - 20/40 o mejor í □ N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F					11	da - 20/40 o mejor í □ N/D
Audición derecha (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar Audición izquierda (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar Audición izquierda (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar Canal auditivo derecho Despejado Cerumen Cuerpo extraño Canal auditivo izquierdo Despejado Cerumen Cuerpo extraño Sensibilidad abdominal No CSD CID CSI CII Cimpano derecho Despejado Perforación Infección NA Reflejo del miembro superior (D) Normal Reducido Hiperreflexia Reflejo del miembro inferior (D) Normal Reducido Hiperreflexia Normal Re									
Cianosis Dedos hipocrá			, describa , describa			za de los mieml a de sensibilidad			No plena, describaSí, describa abajo
COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (IAA) (Seleccione una) □ El atleta no muestra NINGUNA EVIDENCIA de síntomas neurológicos o manifestaciones físicas asociadas con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial. □ El atleta tiene síntomas neurológicos o manifestaciones físicas que podrían asociarse con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial, y deberá tener una evaluación neurológica adicional para descartar el riesgo adicional de una lesión de la									
médula espinal antes de ser autorizado a participar en deportes. AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (DEBE SER COMPLETADO SOLO POR EL EXAMINADOR) Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise los ítem del historial médico con el atleta o su tutor antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, por favor haga una remisión abajo y el segundo médico de la remisión deberá completar la página 4. □ Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones. □ Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales CON restricciones. Describa □ Este atleta NO PODRÁ participar en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento, y DEBERÁ ser tener una evaluación adicional de un médico por las siguientes inquietudes: □ Con relación al examen cardíaco □ Infección aguda □ Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación □ Con relación al examen neurológico □ Hipertensión de etapa 2 o mayor □ Hepatomegalia o esplenomegalia □ Otro, por favor describa:									
Notas adicionales del Examinador Certificado y seguimiento recomendado (pero no exigido): Seguimiento con un cardiólogo Seguimiento con un neurólogo Seguimiento con un especialista de la visión Seguimiento con un especialista de la audición Seguimiento con un podólogo Seguimiento con un terapeuta físico Seguimiento con un nutricionista Otro/Notas del examen:									
Firma del P	rofesional M	édico Certificad	do	F	Fecha del exar	Nombre E-mail: Teléfond			

Formulario Médico del Atleta – FORMULARIO DE REMISIÓN MÉDICA (Debe ser completado por un Profesional Médico solo si se necesita una remisión)



Nombre del atleta:

Esta página solo necesita ser completada y firmada si el médico de la página tres no autoriza al atleta e indica que se necesita un seguimiento.

El atleta deberá traer las páginas previamente completada	as a la cita con el especialista.
Nombre del examinador:	
Especialidad:	
He examinado a este atleta por las siguientes inquietudes médicas - <i>Por</i> □ Con relación al examen cardíaco □ Infección aguda	favor describa: □ Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
☐ Con relación al examen ☐ Hipertensión de etapa 2 o mayor neurológico	☑ Hepatomegalia o esplenomegalia
□ Otro, por favor describa:	
En mi opinión profesional, este atleta PUEDE participar en de (indique restricciones o limitaciones abajo):	portes de Olimpiadas Especiales
☐ Sí, sin restricciones ☐ Sí, pero con restricciones	<i>(indique abajo)</i> □ No
Notas adicionales del Examinador/Restricciones:	
E-mail del Examinador:	
Teléfono del Examinador:	
Licencia:	
Firma del Examinador	Fecha
Esta sección deberá ser completada solo por el personal de O	limpiadas Especiales, si corresponde.
Este examen médico fue completado en un evento de MedFest?	Sí □ No
¿El atleta es un Compañero Unificado o un participante de Atletas Jóvenes?	Compañero Unificado Atleta Joven