

REGIÓN / ÁREA:
DELEGACIÓN/EQUIPO:

INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/año): _____ **Fem:** _____ **Masc:** _____

Domicilio (calle, Av.): _____

Domicilio (ciudad, distrito, país): _____

Número de Teléfono: _____ **Número de Teléfono Móvil:** _____

Correo Electrónico: _____

Color de Ojos: _____

Tengo tutor? Si _____ No _____

El atleta tiene (marque las casillas que corresponda):

Autismo _____ Síndrome de Down _____ Síndrome de Cromosoma X Frágil _____

Parálisis Cerebral _____ Síndrome de Alcohol Fetal _____

Otro síndrome, por favor especifique: _____

El atleta es alérgico a lo siguiente (por favor, enumere):

Látex _____ No se Conocen Alergias _____

Medicamentos: _____

Picaduras de Insectos: _____

Alimentos: _____

Enumere las necesidades dietéticas especiales:

Enumere las cirugías a las que se ha sometido:

¿En la actualidad el atleta sufre una infección crónica o aguda?

No _____ Si _____ *En caso afirmativo, por favor, describa:* _____

El atleta ha tenido un electrocardiograma anormal (ECG) o un Ecocardiograma anormal? *En caso afirmativo, por favor, describa:*

Si, electrocardiograma anormal _____ Si, Ecocardiograma anormal _____

PADRES o INFORMACIÓN DEL TUTOR (de no ser independiente)

Nombre y Apellido: _____

Número de Teléfono: _____ **Número de Teléfono Móvil:** _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Igual que arriba:** _____

Nombre del contacto de emergencia (Número de Teléfono Móvil): _____

Contacto de Emergencia Relación: _____

¿El atleta tiene un médico de atención primaria? Si _____ No _____ *Encaso afirmativo indique.*

Médico de cabecera del Atleta: _____

Número de Teléfono: _____

¿El atleta tiene alguna objeción a la atención médica de emergencia?
No _____ Si _____ *Si es así, póngase en contacto: Vtdb gj' d'fc[fLa U'cVW' dUfU
"usar el Zómat c XYno atención*

Enumere los deportes que el atleta desea practicar:

¿Alguna vez algún doctor ha limitado la participación del atleta en algún deporte?
No _____ Si _____ *En caso afirmativo, por favor, describa.*

El atleta usa (marque las casillas que correspondan):

Aparato Ortopédico _____	Colostomía _____	Dispositivo de Comunicación _____
Dispositivo de CPAP _____	Muletas o Andador _____	Dentadura _____
Gafas o Lentes de Contacto _____	Sonda de Gastrostomía o Yeyunostomía _____	Audífono _____
Dispositivo Implantado _____	Inhalador _____	Marcapasos _____
Prótesis Extraíble _____	Entablillar _____	Silla de Ruedas _____

¿El atleta se ha vacunado contra el Tétanos en los últimos 7 años? No _____ Si _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha muerto antes de los 50 años por problemas cardíacos? No _____ Si _____

¿Algún familiar ha muerto mientras practicaba ejercicio? No _____ Si _____

Enumere todos los problemas de salud en la familia del atleta:

Formulario Médico del Atleta– HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)



Nombre del Atleta:

INDICAR SI EL ATLETA NUNCA SE LE HA DIAGNOSTICADO O EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES

Pérdida de Conciencia	No	Si	Hipertensión	No	Si	AIT/ Accidente Cerebrovascular	No	Si
Mareo durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Colesterol Alto	No	Si	Concusión	No	Si
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Deficiencia Visual	No	Si	Asma	No	Si
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Deficiencia Auditiva	No	Si	Diabetes	No	Si
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Esplenomegalia	No	Si	Hepatitis	No	Si
Ritmo cardíaco irregular, con interrupciones, o taquicardias	No	Si	Riñón Único	No	Si	Malestar Urinario	No	Si
Cardiopatía Congénita	No	Si	Osteoporosis	No	Si	Espina Bífida	No	Si
Ataque al Corazón	No	Si	Osteopenia	No	Si	Artritis	No	Si
Miocardiopatía	No	Si	Anemia Falciforme	No	Si	Agotamiento por Calor	No	Si
Enfermedad de las Válvulas del Corazón	No	Si	Rasgo Drepanocítico	No	Si	Huesos Rotos	No	Si
Soplo Cardíaco	No	Si	Sangrado Fácil	No	Si	Articulaciones Dislocadas	No	Si
Endocarditis	No	Si						

Dificultades en el control intestinal y de la vejiga	No	Si	Explique si se ha roto un hueso o dislocado una articulación (si es así es comprobado por cualquiera de los campos de arriba):
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	No	Si	
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	Epilepsia o cualquier otro tipo de convulsión No Si <i>En caso afirmativo, enumere el tipo de convulsión</i> <i>¿Alguna convulsión durante el año pasado?</i> No Si
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies	No	Si	
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	
Ardor, dolor punzante, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies	No	Si	Algún tipo de conducta autoagresiva durante el pasado año No Si Conducta agresiva durante el pasado año No Si Depresión (diagnosticado) No Si Ansiedad (diagnosticado) No Si Describe cualquier otro posible trastorno de la salud mental:
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	
Tortícolis	No	Si	
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	Ansiedad (diagnosticado) No Si Describe cualquier otro posible trastorno de la salud mental:
Espasticidad	No	Si	
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	
Parálisis	No	Si	Describe cualquier otro posible trastorno de la salud mental:
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	

Haga una lista de otras condiciones médicas actuales o pasados:

ENUMERE EN LA PARTE DE ABAJO CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINAS O SUPLEMENTOS (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)

Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día

¿Es el atleta capaz de administrar su propia medicación? No Si

En caso de ser mujer, escriba la fecha del último periodo menstrual de la atleta:

Formulario Médico del Atleta- EXAMEN FISICO

(solo debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO)



Nombre del Atleta:

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	O ₂ Sat	Presión Sanguínea	Visión
cm	kg	IMC	C			Presión Sanguínea Derecha:	Presión Sanguínea Izquierda:
							Visión Ojo Derecho - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
en	lbs	Grasa corpora %	F				Visión Ojo Izquierdo - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
Oído Derecho (Pase con el Dedo)	<input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Sonidos Intestinales		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Oído Izquierdo (Pase con el Dedo)	<input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Hepatomegalia		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Conducto Auditivo Derecho	<input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Esplenomegalia		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Conducto Auditivo Izquierdo	<input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Irritación Peritoneal		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CII			
Membrana Timpánica Derecha	<input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Dolor Renal		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo			
Membrana Timpánica Izquierda	<input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Reflejo en la extremidad superior derecha		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia			
Higiene Bucal	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Deficiente	Reflejo en la extremidad superior izquierda		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia			
Agrandamiento de la Tiroides	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Reflejo en la extremidad inferior derecha		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia			
Agrandamiento de Ganglios Linfáticos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Reflejo en la extremidad inferior izquierda		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia			
Soplo Cardíaco (supino)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Marcha Anormal		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo			
Soplo Cardíaco (de pie)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Espasticidad		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo			
Ritmo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Temblor		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo			
Pulmones	<input type="checkbox"/> limpios <input type="checkbox"/> ruidos agregados	Movilidad de la Espalda y el Cuello		<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa			
Edema en la Pierna Derecha	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de la Extremidad Superior		<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa			
Edema en la Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de la Extremidad Inferior		<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa			
Simetría del Pulso Radial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D	Fuerza de la Extremidad Superior		<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa			
Cianosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Fuerza de la Extremidad Inferior		<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa			
Acropaquia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Pérdida de Sensibilidad		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo			

- El atleta no tiene síntomas neurológicos ni se han hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial
- El atleta si tiene síntomas neurológicos o se ha hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial y por ello debe **someterse a una evaluación neurológica adicional** para determinar mayores riesgos de lesión de la médula espinal previo a la autorización para participar en un deporte.

RECOMENDACIONES (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Autorizados: Se recomienda que el examinador revise los puntos del historial médico con el atleta o su tutor, previo a la realización del examen médico. Si se considera que el atleta necesita una evaluación médica más a fondo, por favor use el Formulario de Evaluación Médica Adicional de Special Olympics, en la página 4, para otorgar al atleta autorización médica.

- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones/limitaciones
- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON restricciones/limitaciones: (describa)**
- Este atleta **no puede participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento y debe tener una evaluación mas exhaustiva evaluado por lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Examen Cardíaco Preocupante	<input type="checkbox"/> Infección Aguda	<input type="checkbox"/> Saturación O ₂ menor al 90% en el ambiental
<input type="checkbox"/> Examen Neurológico Preocupante	<input type="checkbox"/> Estadio II de Hipertensión o Mayor	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia o Espletomegalia
<input type="checkbox"/> Otro, por favor, describa:		

Adicionalmente se sugiere lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un cardiólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un neurólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un médico de atención primaria |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un oftalmólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un otorrino | <input type="checkbox"/> Evaluación con un dentista o higienista dental |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un podiatra | <input type="checkbox"/> Evaluación con un fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Evaluación con un nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Otro/ notas del examen: | | |

Nombre y Apellido:

Dirección de Correo Electrónico

Firma del Examinador Médico Autorizado

Fecha del Examen

Número de Teléfono:

Licencia:

Formulario Médico del Atleta –REFERENCIA MEDICA

(Debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO solo si es necesaria la remision)



Nombre del Atleta:

Esta página sólo debe ser completado y firmado si el médico en la página tres no borra el atleta e indica el seguimiento es necesario. El atleta debe llevar las páginas previamente completados a la cita con el especialista.

Nombre del Examinador:

Especialidad:

He examinado al atleta debido al siguiente problema(s) médico:
Describe, por favor

En mi opinión profesional, este atleta podrá participar en los deportes de Special Olympics

Si, sin restricciones **Si, CON restricciones** *(enumerar abajo)* **No**

Notas Adicionales del Examinador/Restricciones:

Dirección de Correo Electrónico:

Número de Teléfono:

Licencia Médica:

Firma del Examinador:

Fecha del Examen

Esta sección debe ser completada por Special Olympics Sólo personal

Este examen médico se efectuará directamente en un evento MedFest? Si No

El atleta es un socio Unificado o un participante joven atleta ? Socio Unificada Joven Atleta