

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Programa de Olimpiadas Especiales Locales: _____

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu re-inscripción?

Atleta Nuevo

Re-inscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA		
Nombre:	Segundo Nombre:	
Apellidos:	Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Raza/Origen étnico (opcional):		
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Mestizo (dos o más Razas) <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o Latino (especifica el grupo de origen: _____)		
Idioma(s) Habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional): Marca todos los que correspondan		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro(s) (por favor especifícalo(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 que se le administren cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio Si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:		
Relación:		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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 Médico del Atleta – HISTORIAL MÉDICO

(Debe ser completado por el atleta o el padre/madre/tutor/cuidador y traído al Examen)

Special
Olympics



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):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Síndrome X frágil |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome alcohólico fetal | |
| <input type="checkbox"/> Otro síndrome, por favor especifique: | | |

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS

- No se conocen alergias
- Látex
- Medicación:
- Mordeduras o picaduras de insectos:
- Alimentos:

DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soporte ortopédico | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Máquina CPAP | <input type="checkbox"/> Muletas o andador | <input type="checkbox"/> Dentaduras |
| <input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica o sonda en J | <input type="checkbox"/> Audífono |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo implantado | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Prótesis removible | <input type="checkbox"/> Férula | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |

Indique cualquier necesidad dietética especial:

PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Indique todos los deportes de Olimpiadas Especiales en los que el atleta desea jugar:

¿Ha limitado un médico alguna vez la participación del atleta en un deporte?

No Sí

Si indicó "sí", por favor describa:

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS

Indique todas las cirugías que ha tenido:

¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad?

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

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 EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES

Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones 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 (diagnosticada)** No Sí

Conducta agresiva durante el último año No Sí **Ansiedad (diagnosticada)** No Sí

Describa cualquier problema de salud mental adicional:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco antes de los 50 años de edad? No Sí

¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? No Sí

Indique todas las afecciones médicas que existen en la familia del atleta:

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: _____

¿ALGUNA VEZ SE LE DIAGNOSTICÓ O EXPERIMENTÓ EL ATLETA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?

Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	ACV/AIT	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Mareos durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nivel elevado de colesterol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Conmociones cerebrales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Deficiencia visual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Bazo agrandado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Latidos de corazón irregulares, acelerados u omitidos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Riñón único	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Molestia urinaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Espina bífida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Osteopenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Anemia drepanocítica (celulas falciformes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad por calor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Valvulopatía cardíaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Rasgo drepanocítico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Huesos rotos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sangrado fácil	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Articulaciones dislocadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Endocarditis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es una atleta femenina, indique la fecha del último período menstrual:			

Describe 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:

Síntomas neurológicos para la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial

Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Inclinación de la cabeza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Espasticidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Parálisis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

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	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día

¿Puede el atleta administrarse su propia medicación? No Sí

Nombre de la persona que completa este formulario

Relación con el atleta

Teléfono

E-mail

Formulario Médico del Atleta – EXAMEN FÍSICO

(Debe ser completado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Debe ser completada por un Profesional Médico Certificado, calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno	Presión arterial (en mmHg)		Visión
cm	kg	IMC	C			PA derecha:	PA izquierda:	Visión derecha - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F					Visión izquierda - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D

- Audición derecha (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
- Tímpano derecho Despejado Perforación Infección NA
- Tímpano izquierdo Despejado Perforación Infección NA
- Higiene bucal Buena Regular Deficiente
- Agrandamiento de la tiroides No Sí
- Agrandamiento de nódulos linfáticos No Sí
- Soplo del corazón (supina) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
- Soplo del corazón (vertical) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
- Ritmo cardíaco Regular Irregular
- Pulmones Despejados No despejados
- Edema en la pierna derecha No 1+ 2+ 3+ 4+
- Edema en la pierna izquierda No 1+ 2+ 3+ 4+
- Simetría del pulso radial Sí D>I I>D
- Cianosis No Sí, describa
- Dedos hipocráticos No Sí, describa

- Sonidos intestinales Sí No
- Hepatomegalia No Sí
- Esplenomegalia No Sí
- Sensibilidad abdominal No CSD CID CSI CII
- Sensibilidad renal No Derecho Izquierdo
- Reflejo del miembro superior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
- Reflejo del miembro superior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
- Reflejo del miembro inferior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
- Reflejo del miembro inferior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
- Marcha anormal No Sí, describa abajo
- Espasticidad No Sí, describa abajo
- Temblor No Sí, describa abajo
- Movilidad del cuello y la espalda Plena No plena, describa
- Movilidad de miembros superiores Plena No plena, describa
- Movilidad de miembros inferiores Plena No plena, describa
- Fortaleza de los miembros superiores Plena No plena, describa
- Fortaleza de los miembros inferiores Plena No plena, describa
- Pérdida de sensibilidad No Sí, 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 médico de cabecera
- Seguimiento con un especialista de la visión Seguimiento con un especialista de la audición Seguimiento con un dentista o higienista dental
- Seguimiento con un podólogo Seguimiento con un terapeuta físico Seguimiento con un nutricionista
- Otro/Notas del examen:

Firma del Profesional Médico Certificado	Nombre:
	E-mail:
	Teléfono:
	Número de licencia:
Fecha del examen	



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 completadas a la cita con el especialista.

Nombre del examinador: _____

Especialidad: _____

He examinado a este atleta por las siguientes inquietudes médicas - *Por favor describa:*

- 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:

En mi opinión profesional, este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales (indique restricciones o limitaciones abajo):

- Sí, sin restricciones** **Sí, pero con restricciones (indique abajo)** **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 Olimpiadas 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

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, PARA EL ATLETA

Special Olympics



Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
- Autorización para el uso de la imagen.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Olimpiadas Especiales ya los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales") para utilizar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** 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.
- 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 doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)
 (Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
- Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración.
- 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.
- 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.
 - usando mi información de contacto para comunicarme conmigo sobre Olimpiadas Especiales.
 - compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores como universidades y agencias de salud pública que estudian discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en caso de emergencia y (iii) autoridades gubernamentales con el fin de ayudar yo con las visas requeridas para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a las solicitudes de los gobiernos e informar sobre la información según lo exige la ley.
 - 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,
 - *Política de privacidad.* La información personal se puede usar y compartir de manera consistente con este formulario y como se explica en la política de privacidad de Special Olympics en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	
FIRMA DE ATLETA (requerido para deportistas adultos con capacidad para 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: