

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales: **10.CAR**

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción?

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):			
Idioma(s) habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):			
Dirección. Calle y Número:			Ciudad:
Estado/provincia:	País:	Código Postal:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:			
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Si <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/provincia:	País:	Código Postal:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
<input type="checkbox"/> La misma del Padre o Tutor			
Nombre:			
Teléfono:		Relación o Parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO			
Nombre del Médico:			
Teléfono del Médico:			

FORMULARIO DE EXENCIÓN DEL 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.
- Liberación de Semejanza.** 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. También es posible que tenga que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de comenzar a practicar deportes nuevamente.
- Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:
 - Tengo una objeción religiosa u otra para recibir tratamiento médico. (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.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré.
- Programas de Salud** Si participo en un programa de salud, consiento las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
- Información Personal.** Entiendo que Special Olympics recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcioné a Special Olympics ("información personal"). La organización responsable de proteger mi información personal de conformidad con la ley de protección de datos personales, es el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto en www.SpecialOlympics.org/Programs).
 - Entiendo que Special Olympics está usando mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir los resultados de la competencia (incluido en la web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar los datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
 - Entiendo que Special Olympics puede divulgar mi información personal con (i) profesionales médicos en caso de emergencia, y (ii) con las autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme con las visas necesarias para viajes internacionales a eventos de Special Olympics y para cualquier otro propósito necesario para proteger seguridad pública, responda a las solicitudes del gobierno e informe la información según lo exige la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con sede 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. Dichos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia.
 - Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o ser informado sobre 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. También tengo el derecho de que, a mi solicitud, mi información personal se comparta con otras organizaciones. Tengo el derecho de presentar una queja ante una autoridad de protección de datos local.
 - *Política de Privacidad.* La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
Estoy de acuerdo en que Olimpiadas Especiales (marque por favor): <input type="checkbox"/> Usar mi información de contacto para enviarme materiales de marketing de Olimpiadas Especiales. <input type="checkbox"/> Compartir mi información personal de forma confidencial con investigadores, como universidades o agencias de salud pública, que están estudiando las discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales.	
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento que haya dado bajo este formulario con efecto futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Al firmar, acepto este 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. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al atleta según corresponda. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Por mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre Impreso:	Relación o Parentesco:



**RENUNCIA OFICIAL Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD,
ASUNCIÓN DE RIESGO Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN POR
ENFERMEDADES CONTAGIOSAS ("Acuerdo") PARA LAS
OLIMPIADAS ESPECIALES.**

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el entrenamiento deportivo, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de Special Olympics Texas, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta lo siguiente:

1. La participación incluye la posible exposición a una enfermedad de enfermedades infecciosas y lo transmisibles que incluyen, entre otras, MRSA, influenza y COVID-19. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte.
2. ASUMO CON CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS DICHOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS o de otros, y asumo toda la responsabilidad de mi participación.
3. Acepto voluntariamente cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo notificaré al funcionario más cercano de inmediato.
4. Yo, para mí y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, HEARBY LIBERAR Y MANTENER INOFENSIVOS Special Olympics, Inc., Special Olympics Texas, sus oficiales, oficiales, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, en su caso, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("COMUNICADOS") CON RESPECTO A TODAS LAS ENFERMEDADES, DISCAPACIDADES, MUERTE, pérdidas o daños a personas o bienes, YA SEA DERIVADO DE LA



NEGLIGENCIA DE LAS AUTORIZACIONES O DE OTRO MODO, en la máxima medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS, ENTIENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y FIRMAR LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDICADOR.

Nombre del participante: _____

Firma de participante: _____

Fecha de Firma: _____

PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA O PARTICIPANTES BAJO TUTELA

Esto es para certificar que yo, como padre / tutor, con la responsabilidad legal de este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia / autorización a mi hijo / pupilo, incluidos los riesgos de presencia y participación y sus responsabilidades personales, por adherirse a las normas y reglamentos de protección contra enfermedades transmisibles. Además, mi hijo / pupilo comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, por mí mismo, mi cónyuge y mi hijo / pupilo doy mi consentimiento y acepto su liberación prevista anteriormente para todos los Liberados y yo, mi cónyuge e hijo / pupilo liberamos y acepto indemnizar y mantener indemne a los Liberados por todas y cada una de las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo / pupilo en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA,

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha de firma: _____

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: 10.CAR _____ 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	DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):	
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias	<input type="checkbox"/> Soporte ortopédico	<input type="checkbox"/> Colostomía
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Máquina CPAP	<input type="checkbox"/> Muletas o andador
<input type="checkbox"/> Medicación:	<input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica o sonda en J
<input type="checkbox"/> Mordeduras o picaduras de insectos:	<input type="checkbox"/> Dispositivo implantado	<input type="checkbox"/> Inhalador
<input type="checkbox"/> Alimentos:	<input type="checkbox"/> Prótesis removible	<input type="checkbox"/> Férula
		<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación
		<input type="checkbox"/> Dentaduras
		<input type="checkbox"/> Audífono
		<input type="checkbox"/> Marcapasos
		<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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", por favor describa:</i>

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS
Indique todas las cirugías que ha tenido:
¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", por favor describa:</i>
¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? <i>Si indicó "sí", describa la fecha y los resultados</i> <input type="checkbox"/> Sí, tuvo un ECG anormal <input type="checkbox"/> Sí, tuvo una ECO anormal
¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

HISTORIAL DE EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES
Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión:</i>
<i>Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último año?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

SALUD MENTAL	
Conducta autolesiva durante el último año <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Depresión (diagnosticada) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Conducta agresiva durante el último año <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ansiedad (diagnosticada) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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/IAIT	<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	Convulsiones 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 periodo menstrual:					
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:								

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

- | | |
|---|--|
| <p>Audición derecha (frote de dedos) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> No evaluar</p> <p>Audición izquierda (frote de dedos) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> No evaluar</p> <p>Canal auditivo derecho <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño</p> <p>Canal auditivo izquierdo <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño</p> <p>Tímpano derecho <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Tímpano izquierdo <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Higiene bucal <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p>Agrandamiento de la tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Agrandamiento de nódulos linfáticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Soplo del corazón (supina) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o mayor</p> <p>Soplo del corazón (vertical) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o mayor</p> <p>Ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular</p> <p>Pulmones <input type="checkbox"/> Despejados <input type="checkbox"/> No despejados</p> <p>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+</p> <p>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+</p> <p>Simetría del pulso radial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D</p> <p>Cianosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa</p> <p>Dedos hipocráticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa</p> | <p>Sonidos intestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Esplenomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Sensibilidad abdominal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CII</p> <p>Sensibilidad renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo</p> <p>Reflejo del miembro superior (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia</p> <p>Reflejo del miembro superior (I) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia</p> <p>Reflejo del miembro inferior (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia</p> <p>Reflejo del miembro inferior (I) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia</p> <p>Marcha anormal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo</p> <p>Espasticidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo</p> <p>Temblor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo</p> <p>Movilidad del cuello y la espalda <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa</p> <p>Movilidad de miembros superiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa</p> <p>Movilidad de miembros inferiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa</p> <p>Fortaleza de los miembros superiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa</p> <p>Fortaleza de los miembros inferiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa</p> <p>Pérdida de sensibilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo</p> |
|---|--|

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:	
	Fecha del examen	Número de licencia:

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 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



Excursión – Formulario de Permiso, Renuncia y Descargo

Carrollton-Farmers Branch ISD tiene el placer de ofrecerles a los estudiantes la oportunidad de participar en una excursión. La participación en esta excursión es voluntaria. Le suplicamos leer y firmar este formulario como condición de participación.

En calidad de padre/tutor, deseo que mi hijo o pupilo participe en la excursión, y aquí mismo doy mi permiso. Esta participación incluye viaje de ida y vuelta a la actividad.

Código de Conducta Estudiantil y Manual Estudiantil

Confirmando que recibí copias del Código de Conducta Estudiantil y del Manual Estudiantil de Carrollton-Farmers Branch ISD, y que los consulté junto con mi hijo/pupilo. Mi hijo/pupilo y yo comprendemos que la excursión y los eventos, actividades y experiencias relacionadas con la misma son eventos relacionados con la escuela, y que todas las reglas y los reglamentos asentados en el Código de Conducta Estudiantil y en el Manual Estudiantil estarán vigentes. Comprendo y confirmo que si mi hijo/pupilo no respeta estas reglas y reglamentos, podría yo tener que recogerlo/la temprano en la ubicación de la excursión.

Transportación

Comprendo y reconozco que la transportación para mi hijo/pupilo se llevará a cabo ya sea en vehículos propiedad de, y operados por Carrollton-Farmers Branch ISD, o en otros vehículos que no son propiedad de, u operados por Carrollton-Farmers Branch ISD. Por este medio exoneró y descargo a Carrollton-Farmers Branch, a sus empleados, oficiales, agentes y representantes, de todo cargo que pueda yo tener, o crea yo tener en contra de Carrollton-Farmers Branch ISD, sus empleados, oficiales, agentes y representantes, por daños personales, conocidos o no, y por cualquier daño, sabido o por conocer, a la propiedad, causado por la transportación arriba descrita.

Permiso y Descargo

Me comprometo a asumir toda responsabilidad conectada con la participación de mi menor/pupilo en esta excursión. También prometo mantener indemnes a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus concejales, empleados y agentes, de toda causa y acción que yo o mi hijo tengamos, o pudiéramos tener en el futuro, incluyendo toda responsabilidad por daños y perjuicios que pudieran ocurrirle a mi hijo o a mi persona como resultado de su participación en esta excursión. Prometo mantener indemnes a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus concejales, empleados y agentes, de toda reclamación efectuada por terceras partes contra ellos, a nombre de mi hijo/pupilo, o que pudiera resultar de la acción de mi hijo durante la excursión.

Nombre de estudiante

de ident escolar de estudiante

Nivel de grado de estudiante

Salón del estudiante

Permiso para tratamiento médico *

Estoy de acuerdo

Autorizo a los patrocinadores de este evento, a nombre de Carrollton-Farmers Branch ISD, en caso de emergencia médica durante el evento, a permitir tratamiento médico para mi hijo o pupilo.

Permiso para administración de medicamentos *

Estoy de acuerdo

Solicito a los patrocinadores de este evento que le administren a mi hijo los medicamentos mencionados en este formulario. Reconozco que la escuela no se responsabilizará regularmente por administrar drogas o medicamentos, o por supervisor o participar en automedicación, lo cual seguirá siendo mi responsabilidad. Comprendo que la escuela no está legalmente obligada a almacenar o a administrar medicamentos a estudiantes, y no lo hará ni temporalmente ni de forma regular, a excepción de tener un acuerdo especial. Antes de que la escuela administre un medicamento, yo proporcionaré el dicho medicamento en el envase de farmacia original, con el nombre del estudiante y las indicaciones del médico claramente visibles en la etiqueta, y entregaré una autorización escrita y firmada por un médico, y que incluya instrucciones completas.

Fecha de nacimiento del/a estudiante *

Nombre de compañía de seguro médico *

Número de identificación para seguro médico *

Tel de seguro médico *

Proporcionaré autorización por escrito y firmada de parte de un médico, incluyendo indicaciones completas.

Mi hijo/pupilo es alérgico a *

Mi hijo/pupilo sufre de las siguientes condiciones médicas *

Mi hijo/pupilo toma las siguientes medicinas de receta *

He leído este formulario de Permiso, Renuncia y Descargo y comprendo todos sus artículos y condiciones. Ejecuto este formulario de Permiso, Renuncia y Descargo voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado.

Doy mi permiso para que mi hijo participe en la actividad arriba mencionada.

Niego permiso para que mi hijo participe en la actividad arriba mencionada.

Nombre de padre/tutor

E-mail de padre/tutor

Tel de padre/ tutor

Esta información será visible para el autor del envío y los administradores de ParentSquare

Firma

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



ACUERDO DE CONSENTIMIENTO MEDIÁTICO – PARA FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/SITIO EN INTERNET

Estimado padre/tutor:

De vez en cuando, representantes y/o empleados del Distrito Escolar Independiente de Carrollton-Farmers Branch o sus afiliados buscan fotografiar, grabar en video, y/o entrevistar a individuos en conexión con programas, proyectos, o eventos escolares. Para poder divulgar fotografías, video, y/o comentarios, y/o para poder colocar dichos productos en sitios de web del distrito o de una escuela, necesitamos un permiso por escrito. Le suplicamos complete el formulario que sigue si está de acuerdo con otorgar su permiso:

Yo, _____, padre/tutor de _____, otorgo mi permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado(a), grabado(a) en video, y/o entrevistado(a) por representantes de, o por empleados del Distrito Escolar Independiente de Carrollton Farmers Branch o sus afiliados, para propósitos educativos o de relaciones públicas. Autorizo el uso y la reproducción por parte del Distrito Escolar Independiente de Carrollton Farmers Branch, o de cualquier agente autorizado por dicho distrito escolar o por sus afiliados, de fotografías y/o de videos hechos de mi hijo(a), sin la expectativa de compensación alguna para mí o para mi menor. Toda fotografía y toda grabación en video serán propiedad completa y absoluta del Distrito Escolar Independiente de Carrollton Farmers Branch o de sus afiliados. Renuncio a todo derecho de inspeccionar o de aprobar las fotografías o los videos ya terminados, y/o el sonido, guión, o texto que se pudieran utilizar en dichas grabaciones o fotografías.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

O

Tengo 18 años cumplidos y por mi parte doy permiso sin reserva alguna a todo lo anterior.

Firma de individuo: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____