

Formulario médico del atleta – HISTORIAL DE SALUD

(Para ser completado por el atleta o padre / tutor / cuidador y llevado al examen)

Special
Olympics
Illinois



Formulario médico válido por 3 años a partir de la fecha de la firma del profesional médico

Región _____ Nombre de la Agencia Primaria _____ Nombre de la Agencia Secundaria _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____ Relación con el atleta _____

Teléfono _____ - _____ - _____ Correo electrónico _____ Fecha en que fue completado _____

Si el individuo es un atleta nuevo la última presentación de su Formulario Médico o ha cambiado su estado de tutela, entonces se debe enviar un Formulario de Consentimiento de Olimpiadas Especiales de Illinois con el Formulario Médico.

INFORMACIÓN DEL ATLETA

Apellido del atleta: _____ Nombre del atleta: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de Nacimiento del atleta (mes/día/año): _____

Género del atleta: Femenino Masculino Otro

Etnicidad del atleta /Raza:

Asiático

Indio Americano/Nativo de Alaska

Negro/Afroamericano

Hispano/Latino

Nativo de Hawaii/Otro del Pacífico

Blanco

Dos o más razas

Otro isleño

Prefiere no responder

Si es un atleta nuevo, ¿alguna vez ha sido condenado o acusado de un delito que no sean infracciones de tránsito menores? No Sí

Si es un atleta actualmente registrado, en los últimos 3 años ¿ha sido condenado o acusado de un delito que no sean infracciones de tránsito menores? No Sí *Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es Sí, Olimpiadas Especiales de Illinois puede requerir información adicional del atleta o padre / tutor responsable.*

Dirección postal del atleta: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Casilla de correo : _____

Correo electrónico del atleta: _____ Teléfono del atleta: _____ - _____ - _____

Empleador del atleta (si corresponde): _____

Nombre del médico principal / proveedor de salud del atleta: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

Atleta es o no su propio tutor (Por favor señale la caja correspondiente)

La siguiente información es del Padre o Tutor legal del atleta mencionado arriba.

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección postal (si es diferente a la del atleta):

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de contacto: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Debe incluir al menos un contacto de emergencia)

Persona de contacto de emergencia n.º 1: Nombre _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Persona de contacto de emergencia n.º 2: Nombre _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Formulario médico del atleta – HISTORIAL DE SALUD

(Para ser completado por el atleta o padre / tutor / cuidador y llevado al examen)

SÍNDROMES DIAGNOSTICADOS (marque todos los que correspondan)

Autismo Síndrome de Down Síndrome X frágil Parálisis cerebral Síndrome alcoholismo fetal Otro: _____

SALUD E HISTORIA DEL CORAZÓN (marque todos las que correspondan)

Defecto cardíaco congénito	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Soplo cardíaco	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Infarto cardíaco	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Enfermedad cardíaca	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Presión arterial alta	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Dolor de pecho durante o después ejercicios	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Miocardiopatía	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Alguna vez electrocardiograma anormal	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Marcapasos	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Alguna vez una ecografía anormal	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Enfermedad de las válvulas cardíacas	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Otro: _____	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses

HISTORIAL DE LESIONES EN LA CABEZA (marque todas las que correspondan)

Conmoción (es)	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses				
Lesión cerebral traumática (TBI)	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Otro: _____	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses

PROBLEMAS DE VISIÓN Y / O AUDICIÓN (marque todos los que correspondan)

Legalmente ciego Sordo Anteojos o contactos
Visión deteriorada Discapacidad auditiva Audifonos

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS (marque todo lo que corresponda y explique cuando se indique)

Látex Mordeduras o picaduras de insectos: _____
Alimentos: _____ Medicamentos: _____ Otro: _____

HISTORIA Y SALUD PULMONAR (marque todas las que correspondan)

Asma	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Apnea del sueño (Máquina C-PAP)	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
COPD	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses	Otro: _____	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses
Usa inhalador	No	Sí	Tratado en últimos 12 meses				

SALUD MENTAL (marque todos los que correspondan)

Comportamiento autolesivo durante el último año	No	Sí	Ansiedad (diagnosticada)	No	Sí	Depresión (diagnosticada)	No	Sí
Comportamiento agresivo durante e último año	No	Sí	Describa cualquier problema adicional de salud mental: _____					

OTRAS CONDICIONES MÉDICAS (marque todas las que correspondan)

Accidente cerebrovascular	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Artritis	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Diabetes	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Articulaciones dislocadas	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Agotamiento por calor	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Síncope	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Golpe de calor	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Hepatitis	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Colostomía	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Células falciformes	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Tubo G o tubo J	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Trastorno convulsivo	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses
Epilepsia	No	Sí	Tratado en los últimos 12 meses	Otro: _____			

¿El atleta se ha vacunado contra el tétanos en los últimos 7 años? No Sí Fecha de la vacunación _____

¿Está embarazada la atleta? No Sí Nacimiento esperado para Mes Año

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS DE COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL (marque todas las que correspondan)

Dificultad para controlar los intestinos o la vejiga	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies.	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Ardor, pinchazos, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, glúteos, piernas o pies	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Inclinación de la cabeza	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Espasticidad	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí
Parálisis	No	Sí	<i>Si es así, ¿es e nuevo o peor en los últimos 3 años?</i>	No	Sí

INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO, VITAMINAS O SUPLEMENTOS DIETÉTICOS / HERBALES / NUTRICIONALES (incluya inhaladores, anticonceptivos, terapia hormonal)

Medicamento/Vitamina/Suplemento Nombre: _____ Dosis: _____ Veces por día: _____
Medicamento/Vitamina/Suplemento Nombre: _____ Dosis: _____ Veces por día: _____
Medicamento/Vitamina/Suplemento Nombre: _____ Dosis: _____ Veces por día: _____

¿El atleta puede administrarse sus propios medicamentos? No Sí

Formulario médico del atleta - EXAMEN FÍSICO

(Para ser completado por un profesional médico con licencia calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Para ser completado por un profesional médico calificado para realizar exámenes físicos y recetar medicamentos)

Altura	Peso	BMI (Índice de Masa Corporal, opcional)	Temperatura	Pulso	O ₂ Sat	Presión arterial (en mmHg)	Visión				
cm	kg	BMI	C			PA derecho:	PA izquierdo:	Visión derecho 20/40 o mejor	No	Sí	N/A
in	lbs	Grasa corporal %	F					Visión izquierda 20/40 o mejor	No	Sí	N/A
Audición derecha (frotar dedos)	Responde	No Responde	No puedo evaluar	Sonidos intestinales	Sí	No					
Audición izquierda (frotar dedos)	Responde	No Responde	No puedo evaluar	Hepatomegalia	No	Sí					
Canal auditivo derecho	Despejado	Cerumen	Objeto extraño	Esplenomegalia	No	Sí					
Canal auditivo izquierdo	Despejado	Cerumen	Objeto extraño	Sensibilidad abdominal	No	RUQ	RLQ	LUQ	LLQ		
Membrana timpánica derecha	Despejado	Perforación	Infección	NA	Sensibilidad renal	No	Der.	Izq.			
Membrana timpánica izquierda	Despejado	Perforación	Infección	NA	Reflejo extremidad superior derecha	Normal	Diminuido	Hiperreflejos			
Higiene oral	Buena	Correcta	Mala	Reflejo extremidad super. izquierda	Normal	Diminuido	Hiperreflejos				
Agrandamiento de la tiroides	No	Sí		Reflejo extremidad inferior derecha	Normal	Diminuido	Hiperreflejos				
Agrandamiento de ganglios linfáticos	No	Sí		Reflejo extremidad inferior izquierda	Normal	Diminuido	Hiperreflejos				
Soplo cardíaco (supino)	No	1/6 o 2/6	3/6 o mayor	Trastornos de la marcha	No	Sí, describa a continuación					
Soplo cardíaco (posición vertical)	No	1/6 o 2/6	3/6 o mayor	Espasticidad	No	Sí, describa a continuación					
Ritmo cardíaco	Regular	Irregular		Temblor	No	Sí, describa a continuación					
Pulmones	Despejado	No es claro		Movilidad cuello y espalda	Total	No total, describa					
Edema pierna derecha	No	1+ 2+ 3+ 4+		Movilidad extrem. superiores	Total	No total, describa					
Edema pierna izquierda	No	1+ 2+ 3+ 4+		Movilidad extremidades inferiores	Total	No total, describa					
Simetría de pulso radial	Sí	R>L L>R		Fuerza extremidad superior	Total	No total, describa					
Cianosis	No	Sí, describa		Fuerza extremidad inferior	Total	No total, describa					
Efectos de Clubbing	No	Sí, describa		Pérdida de sensibilidad	No	Sí, describa					

COMPRESIÓN DEL CORDÓN ESPINAL e INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL (AAI) (Seleccione uno)

El atleta **NO muestra EVIDENCIA** de síntomas neurológicos o hallazgos físicos asociados con compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial.

El atleta tiene síntomas neurológicos o hallazgos físicos que podrían estar asociados con compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial y **debe recibir una evaluación neurológica adicional** para descartar un riesgo adicional de lesión de la médula espinal antes de la autorización para participar en deportes.

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (SOLO PARA SER COMPLETADO POR EL EXAMINADOR)

Examinadores médicos con licencia: Se recomienda que el examinador revise los elementos del historial médico con el atleta o su tutor, antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, haga una referencia a continuación y un segundo médico de referencia debe 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. Describir → _____

Este atleta **NO PUEDE participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento y **DEBE** ser evaluado más a fondo por un médico por las siguientes preocupaciones:

Concerniente al examen cardíaco	Infección aguda	Saturación de O ₂ menor de 90 % del aire
Concerniente al examen neurológico	Hipertensión en estadio II o mayor	Hepatomegalia o esplenomegalia
Otro, por favor describa:		

Notas adicionales del examinador autorizado y seguimiento recomendado (pero no obligatorio):

Seguimiento con un cardiólogo	Seguimiento con un neurólogo	Seguimiento con un médico de atención primaria
Seguimiento con un especialista en visión	Seguimiento con especialista en audición	Seguimiento con un dentista o higienista dental
Seguimiento con un podólogo	Seguimiento con un fisioterapeuta	Seguimiento con un nutricionista
Otros / Notas del examen		

Nombre:

Correo electrónico:

Teléfono: - -

Firma del médico examinador autorizado

Fecha del examen

Formulario médico del atleta - EXAMEN FÍSICO

(Para ser completado por un profesional médico con licencia calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)



Nombre y apellido del atleta: _____

Esta página solo debe ser llenada y firmada si el médico de la página tres no autoriza al atleta e indica que se requiere una evaluación adicional.

El deportista debe traer las páginas previamente completadas a la cita con el especialista.

Nombre del examinador: _____

Especialidad: _____

Se me ha pedido que realice un examen adicional al atleta por las siguientes inquietudes médicas:

Sobre el examen cardíaco

Infección aguda

Saturación O2 inferior al 90% en aire ambiente

Sobre el examen neurológico

Hipertensión II o mayor

Hepatomegalia o esplenomegalia

Otro, por favor describa:

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

Sí

Sí, pero con restricciones (*lista debajo*)

No

Notas / restricciones adicionales del examinador:

Correo electrónico del examinador: _____

Teléfono del examinador: _____

Firma del examinador

Fecha