



Formulario de inscripción de atletas

Obligatorio para todos los atletas que participan en las Olimpiadas Especiales.

Programa local de Olimpiadas Especiales: 10.CAR

¿Eres un atleta nuevo en Olimpiadas Especiales? Sí No

Información del atleta: *debe ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador.*

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Género: Femenino Masculino Otro

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ Móvil Teléfono fijo

Domicilio: _____ País: _____

Información del padre/tutor: *requerida si es menor de edad o tiene un tutor legal.*

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el deportista: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ Móvil Teléfono fijo

Domicilio: _____ País: _____

Contacto de emergencia

Igual que el padre/tutor

Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____ Móvil Teléfono

Relación con el atleta: Padre/tutor Cuidador Miembro de la familia Proveedor de salud Entrenador Otro

Condiciones asociadas - Obligatorias

Condiciones asociadas	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome Down	<input type="checkbox"/> Síndrome alcohol fetal
Marque todo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Síndrome de X frágil
	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Desconocido		
Especifique otros diagnósticos de discapacidad intelectual conocidos:				

Dispositivos de asistencia y adaptaciones - ¿Utiliza alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

Movilidad	<input type="checkbox"/> Caminador	<input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos o muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos removibles
	<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Ayudas para el estilo de vida	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> Dentadura postiza	<input type="checkbox"/> Gafas, lentes de contacto o gafas protectoras	
	<input type="checkbox"/> Ninguno			
Comunicaciones	<input type="checkbox"/> Audifono	<input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Ninguno
Dispositivos médicos	<input type="checkbox"/> Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)		<input type="checkbox"/> Dispositivo implantable para el tratamiento de las convulsiones	
	<input type="checkbox"/> Derivacion ventrículo peritoneal	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Ninguno	
¿Tienes un requerimiento dietético específico?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, especifique:	
¿Usas otros dispositivos de asistencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, especifique:	

Preguntas generales de salud

¿Tiene alguna afección cardíaca?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene asma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene diabetes que requiere que te administres insulina?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene discapacidad visual?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene discapacidad auditiva?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún trastorno hemorrágico?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez un médico ha limitado su participación en deportes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene enfermedad de células falciformes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, sírvase especificar cuántos a lo largo de su vida: _____ Fecha de la última (mm/aaaa): _____
¿Tiene afecciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	If yes, please specify:
¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un antídoto tipo EpiPen?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos/drogas <input type="checkbox"/> Víveres <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____

Medicación y tratamiento - Por favor, enumere:

¿Estás tomando algún medicamento o tratamiento recetado o de venta libre? (Incluyendo píldoras anticonceptivas, insulina, inyecciones o píldoras multivitamínicas para la alergia, EpiPen, inhaladores para el asma, medicamentos para la epilepsia, medicamentos antiinflamatorios, suplementos de cualquier tipo, etc.)

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): ____/____/____

¿Este formulario está siendo completado por alguien que no sea el atleta? Sí No

En caso afirmativo, seleccione la relación con el atleta:

Relación con el deportista: Padre/tutor Cuidador Miembro de la familia Proveedor de salud Entrenador Otro

Olimpiadas Especiales anima a todos los participantes a hacerse un examen físico anual.

EXENCIONES, LIBERACIONES Y POLÍTICAS

Por favor, lea la siguiente información y marque todas las casillas antes de firmar.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Capacidad de participación.** Soy físicamente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales y cumpliré con todas las reglas, requisitos y códigos de conducta aplicables.
2. **Autorización uso de imagen.** Doy permiso a Olimpiadas Especiales, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales, a los programas acreditados por Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales"), así como a los auspiciadores y socios oficiales de Olimpiadas Especiales que tengan autorización de Olimpiadas Especiales, para usar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras, información biográfica y material similar o relacionado (mi "imagen") para promover Olimpiadas Especiales y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales. Entiendo que mi imagen puede ser utilizada en todo tipo de medios de comunicación en campañas locales o globales, incluidas las de los auspiciadores y socios de Olimpiadas Especiales, pero entiendo que mi imagen no se utilizará para respaldar productos o servicios comerciales. Entiendo que no seré compensado por el uso de mi imagen.
3. **Atención de emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:
 - Tengo una objeción religiosa o de otro tipo para recibir tratamiento médico.
 - No doy mi consentimiento para las transfusiones de sangre.

(Si alguna de las casillas está marcada, se debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA).
4. **Pernocte.** Para algunos eventos, es posible que se requiera alojamiento durante la noche. Si tengo preguntas, me pondré en contacto con mi Programa de Olimpiadas Especiales.
5. **Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Tengo el derecho de rechazar el tratamiento de la programación de salud (que es diferente de la atención médica secundaria o de emergencia) en cualquier momento".
6. **Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluyendo mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporciono a Olimpiadas Especiales ("información personal").

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales:

- usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; llevar a cabo capacitaciones y eventos; compartir los resultados de los concursos (incluso 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, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
- usar mi información de contacto para comunicarse conmigo acerca de Olimpiadas Especiales.
- compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que estudian la discapacidad intelectual y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme 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 del gobierno y reportar información según lo requiera la ley.
- Tengo derecho a solicitar ver mi información personal o a ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo derecho a solicitar que se corrija y elimine mi información personal, y a restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.

Política de privacidad. La información personal puede usarse y compartirse de acuerdo con este formulario y como se explica con más detalle en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL e INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (Solo para atletas con síndrome de Down)

Si yo (o el atleta) hemos sido diagnosticados o hemos experimentado alguno de los siguientes síntomas que han aumentado en gravedad en los últimos tres años: dificultad para controlar los intestinos o la vejiga; entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies; debilidad en brazos, piernas, manos o pies; quemadura/hinches/pinzamiento del nervio, dolor en el cuello, la espalda, de los hombros, los brazos, las manos, los glúteos, las piernas o los pies; espasticidad o parálisis: debo obtener una revisión y el permiso de un médico con licencia para que autorice a entrenar y / o participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD / ASUNCIÓN DE RIESGOS / INDEMNIZACIÓN

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en las actividades de Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad (incluidas las enfermedades transmisibles), lesiones (incluida la conmoción cerebral), discapacidad y muerte;
2. Si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo pondré en conocimiento del representante de Olimpiadas Especiales más cercano de inmediato; y
3. **Entiendo los riesgos que implica la participación en las actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo plenamente todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. En la mayor medida de la ley, libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de instalaciones en las que se lleva a cabo cualquier actividad de Olimpiadas Especiales ("Exonerados") relacionados con cualquier responsabilidad, reclamo o pérdida en mi cuenta causada o presuntamente causada en su totalidad o en parte por los Exonerados, incluso si surgen de la negligencia de los Exonerados. He leído esta disposición de liberación de responsabilidad y asunción de riesgos, comprendo completamente sus términos, reconozco que he renunciado a derechos sustanciales al firmarla y la firmo libre y voluntariamente sin ningún incentivo. Además, acepto que si, a pesar de esta liberación, yo, o cualquier persona en mi nombre, presento una reclamación contra cualquiera de los Exonerados, indemnizaré y eximiré de responsabilidad a cada uno de los Exonerados de dichas responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de dicha reclamación. Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.**

Nombre del atleta: _____

FIRMA DEL ATLETA

(requerido para atletas adultos con capacidad para firmar documentos legales)

He leído y entiendo este formulario. Si tengo preguntas, las haré. Al firmar, acepto este formulario.

Firma del atleta: _____

Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

(requerido para el atleta que es menor de edad o carece de capacidad para firmar documentos legales)

Soy padre o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y he explicado el contenido al atleta según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi propio nombre y en nombre del atleta.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación: _____

EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN (Opcional)

Olimpiadas Especiales quiere ayudar a nuestros atletas y sus familias a mantenerse sanos y felices. Es posible que participemos en estudios de investigación y compartiremos información para su posible participación. Todos los estudios serán revisados por el Director de Salud de Olimpiadas Especiales.

¿A usted o a su familia les interesaría aprender sobre estudios de investigación?

Sí

No

Special Olympics



FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA – PARA EL ATLETA

(Deberá llenarlo un atleta mayor de edad con capacidad para firmar documentos legales)

INSTRUCCIONES: Sólo llene este formulario si por motivos religiosos o de otro tipo usted no da su consentimiento para que se administren cuidados médicos de emergencia y ha marcado el cuadro bajo las disposiciones de Cuidados de Emergencia en el Formulario de Exención para el Atleta.

Soy un atleta de Olimpiadas Especiales con capacidad de firmar documentos en nombre propio y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. No Autorizo la Administración de Cuidados Médicos de Emergencia. Comprendo que el formulario de inscripción estándar de Olimpiadas Especiales exige a los atletas o sus familiares o tutores, dar su consentimiento para que el atleta reciba cuidados médicos en caso de emergencia. Por motivos religiosos o de otro tipo, no otorgo mi consentimiento para que me sean administrados cuidados médicos de emergencia.

DEBERÁ **MARCAR** EL CUADRO CORRESPONDIENTE Y ESCRIBIR SUS **INICIALES** AL LADO DE **UNA** DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES PARA CONFIRMAR SU VOLUNTAD:

NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA DE NINGÚN TIPO EN ABSOLUTO, AUN SI ESTOS CUIDADOS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. INICIALES: _____

NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS DE EMERGENCIA, AUN SI ESTAS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA. INICIALES: _____

2. **Instrucciones Impresas.** Convengo en llevar conmigo instrucciones impresas que describan mis objeciones religiosas o de cualquier otro tipo que me impiden recibir tratamiento o cuidados médicos, y cómo deseo que mi acompañante responda en caso de que yo sufriera enfermedad o lesión que me imposibilitara expresar mi voluntad. Convengo en llevar conmigo estas instrucciones impresas en todo momento durante mi participación en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, incluyendo comidas, en áreas de descanso, en sesiones de entrenamiento y competencia, y durante traslados desde y hasta cualquier actividad de Olimpiadas Especiales.
3. **Acompañante Familiar o Amigo.** Comprendo que es necesario que un acompañante familiar o amigo esté siempre conmigo y que este acompañante asuma toda responsabilidad personal por mí en caso y durante cualquier emergencia médica que me imposibilitara expresar mi voluntad.
4. **Cuidados Médicos de Emergencia si el Atleta no Cuenta con un Acompañante.** Comprendo que, si no llevara conmigo las instrucciones impresas ya descritas o mi acompañante adulto no estuviera presente o no asumiera activamente la responsabilidad personal por mí en caso de una emergencia médica que me imposibilitara expresar mi voluntad, Olimpiadas Especiales puede administrarme los cuidados médicos de emergencia que sus expertos médicos recomendasen como respuesta a la emergencia.
5. **Exención de Responsabilidad.** Reconozco que Olimpiadas Especiales, así como sus empleados y voluntarios, no podrán hacerse responsables ante reclamos que pudieran surgir por haber tomado u omitido tomar medidas para administrarme cuidados médicos de emergencia. Estoy de acuerdo en que ninguna responsabilidad será asumida debido a que he rechazado consciente y voluntariamente dar mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a tomar medidas para administrarme cuidados médicos de emergencia, mismos que expresamente rechazo por motivos religiosos o de otro tipo. Para propósitos de este formulario, "Olimpiadas Especiales" incluye a todas las organizaciones de Olimpiadas Especiales.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
FIRMA DEL ATLETA	
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 ACOMPAÑANTE ADULTO	
Por mi firma declaro estar de acuerdo en acompañar al atleta durante todas las actividades de Olimpiadas Especiales y en asumir responsabilidad personal por el atleta en caso y durante una emergencia. Comprendo la medida en que el atleta rechaza que le sean administrados cuidados médicos de emergencia y convengo en conducirme conforme a su voluntad tal como la comprendo.	
Firma del Acompañante Adulto:	Fecha:
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco:

Special Olympics



FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA – PARA EL FAMILIAR O TUTOR

(Deberá llenarlo un familiar o tutor de un atleta menor de edad o mayor de edad sin capacidad para firmar documentos legales)

INSTRUCCIONES: Sólo llene este formulario si por motivos religiosos o de otro tipo usted no da su consentimiento para que se administren cuidados médicos de emergencia y ha marcado el cuadro bajo las disposiciones de Cuidados de Emergencia en el Formulario de Exención para el Atleta.

Soy el familiar o tutor del atleta que se nombra a continuación y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **No Autorizo la Administración de Cuidados Médicos de Emergencia.** Comprendo que el formulario de inscripción estándar de Olimpiadas Especiales exige a los atletas o sus familiares o tutores, dar su consentimiento para que el atleta reciba cuidados médicos en caso de emergencia. Por motivos religiosos o de otro tipo, no otorgo mi consentimiento para que le sean administrados al atleta a mi cargo cuidados médicos de emergencia como se indica a continuación.

DEBERÁ **MARCAR** EL CUADRO CORRESPONDIENTE Y ESCRIBIR SUS **INICIALES** AL LADO DE **UNA** DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES PARA CONFIRMAR SU VOLUNTAD:

- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA DE NINGÚN TIPO EN ABSOLUTO, AUN SI ESTOS CUIDADOS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. INICIALES: _____
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS DE EMERGENCIA, AUN SI ESTAS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA. INICIALES: _____

2. **Acompañamiento del Atleta.** Comprendo que es necesario que esté yo siempre presente y asumiendo toda responsabilidad personal por el atleta si en nombre del atleta se rechazan cualquier forma de cuidados médicos en caso de emergencia médica. Lo anterior en cualquier lugar y momento incluyendo comidas, en áreas de descanso, en sesiones de entrenamiento y competencia, y durante traslados desde y hasta cualquier actividad de los Juegos Special Olympics.
3. **Cuidados Médicos de Emergencia si el Atleta no Cuenta con un Acompañante.** Comprendo que, si no estuviere yo presente y asumiendo activamente la responsabilidad personal por el atleta en caso de una emergencia médica, Olimpiadas Especiales puede administrarle los cuidados médicos de emergencia que sus expertos médicos recomendasen como respuesta a la emergencia.
4. **Exención de Responsabilidad.** Reconozco, en nombre propio y en el del atleta, que Olimpiadas Especiales, así como sus empleados y voluntarios, no podrán hacerse responsables ante reclamos que pudieran surgir por haber tomado u omitido tomar medidas para administrar al atleta cuidados médicos de emergencia. Estoy de acuerdo en que ninguna responsabilidad será asumida debido a que he rechazado consciente y voluntariamente dar mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a tomar medidas para administrarme cuidados médicos de emergencia, mismos que expresamente rechazo por motivos religiosos o de otro tipo. Para propósitos de este formulario, "Olimpiadas Especiales" incluye a todas las organizaciones de Olimpiadas Especiales.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR	
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. El presente formulario será vinculante para mí, el atleta y nuestros respectivos legatarios y representantes legales.	
Firma del Familiar o Tutor:	Fecha:
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco:

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ PA: _____ / _____ (____ / _____, ____ / _____)
Presión arterial braquial mientras está sentadoVisión: D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida: Sí No Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, **debe** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. * **La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oidos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiper movilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

 Autorizado Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____ No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.



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 exonerado 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 farmacla 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: _____