# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics

**Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales:**_____

**¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción?** ☐ Atleta Nuevo ☐ Reinscripción

| **INFORMACIÓN DEL ATLETA** | | |
|---|---|---|
| **Nombre:** | **Segundo Nombre:** | |
| **Apellidos:** | **Nombre preferido:** | |
| **Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):** | ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro género | |
| **Raza/Origen Étnico:**<br>☐ Nativo de Alaska / Indio American<br>☐ Afroamericano o Negro<br>☐ Blanco o Caucásico<br>☐ Asiático Americano<br>☐ Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico<br>☐ Hispano o Latinx<br>☐ Prefiero no responder<br>☐ Más de una raza | | |
| **Idioma(s) Habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):** Marca todos los que correspondan<br>☐ Inglés ☐ Español ☐ 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?** ☐ Sí ☐ No | | |
| **INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio Si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)** | | |
| **Nombre:** | | |
| **Relación o Parentesco:** | | |
| ☐ **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** | | |
| ☐ **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)***:**

☐ Autismo ☐ Síndrome de Down ☐ Síndrome X frágil
☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome alcohólico fetal
☐ 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)***:**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Soporte ortopédico | ☐ Colostomía | ☐ Dispositivo de comunicación |
| ☐ Máquina CPAP | ☐ Muletas o andador | ☐ Dentaduras |
| ☐ Anteojos o lentes de contacto | ☐ Sonda gástrica o sonda en J | ☐ Audífono |
| ☐ Dispositivo implantado | ☐ Inhalador | ☐ Marcapasos |
| ☐ Prótesis removible | ☐ Férula | ☐ 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
**Conducta agresiva durante el último año** ☐ No ☐ Sí
**Depresión** *(diagnosticada)* ☐ 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 | ☐ No | ☐ Sí | Presión arterial alta | ☐ No | ☐ Sí | ACV/AIT | ☐ No | ☐ Sí |
| Mareos durante o después de hacer ejercicio | ☐ No | ☐ Sí | Nivel elevado de colesterol | ☐ No | ☐ Sí | Conmociones cerebrales | ☐ No | ☐ Sí |
| Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio | ☐ No | ☐ Sí | Deficiencia visual | ☐ No | ☐ Sí | Asma | ☐ No | ☐ Sí |
| Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio | ☐ No | ☐ Sí | Deficiencia auditiva | ☐ No | ☐ Sí | Diabetes | ☐ No | ☐ Sí |
| Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio | ☐ No | ☐ Sí | Bazo agrandado | ☐ No | ☐ Sí | Hepatitis | ☐ No | ☐ Sí |
| Latidos de corazón irregulares, acelerados u omitidos | ☐ No | ☐ Sí | Riñón único | ☐ No | ☐ Sí | Molestia urinaria | ☐ No | ☐ Sí |
| Defecto cardíaco congénito | ☐ No | ☐ Sí | Osteoporosis | ☐ No | ☐ Sí | Espina bífida | ☐ No | ☐ Sí |
| Ataque al corazón | ☐ No | ☐ Sí | Osteopenia | ☐ No | ☐ Sí | Artritis | ☐ No | ☐ Sí |
| Cardiomiopatía | ☐ No | ☐ Sí | Anemia drepanocítica (celulas falciformes) | ☐ No | ☐ Sí | Enfermedad por calor | ☐ No | ☐ Sí |
| Valvulopatía cardíaca | ☐ No | ☐ Sí | Rasgo drepanocítico | ☐ No | ☐ Sí | Huesos rotos | ☐ No | ☐ Sí |
| Soplo del corazón | ☐ No | ☐ Sí | Sangrado fácil | ☐ No | ☐ Sí | Articulaciones dislocadas | ☐ No | ☐ Sí |
| Endocarditis | ☐ No | ☐ Sí | **Si es una atleta femenina, indique la fecha del último período 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** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Debilidad en piernas, brazos, manos o pies** | ☐ No | ☐ Si | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Inclinación de la cabeza** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Espasticidad** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ Sí |
| **Parálisis** | ☐ No | ☐ Sí | *Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?* | ☐ No | ☐ 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 DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, PARA EL ATLETA

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
2. **Autorización para el Uso de Referencias a mi Persona.** Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los Juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics") para usar alusiones a mi persona; fotografías y vídeo en los que yo aparezco; mi nombre, mi voz y mis palabras, para propósitos de promoción de los Juegos Olimpiadas Especiales y para recaudar fondos para actividades de Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de Conmoción Cerebral y Otros Tipos de Lesión.** 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.
4. **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 autorizo me sean administradas transfusiones sanguíneas. (No común)
   (Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
5. **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.
6. **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.
7. **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.
     - Utilizar mi información personal para elaborar un perfil de mi persona para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo enviarme comunicados directos de marketing digital vía correo electrónico, SMS, redes sociales y otros canales.
     - Compartir mi información personal con (i) investigadores, socios de negocios, agencias de sanidad pública y otras organizaciones que realicen investigación sobre discapacidades intelectuales y el efecto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) especialistas médicos en caso de emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, para ayudarme a obtener los visados para viajes internacionales que sean necesarios para asistir a eventos de Special Olympics, y para cualquier otro propósito destinado a proteger la seguridad pública, y responder a cualquier solicitud gubernamental de información que disponga la ley.
   - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con oficinas centrales 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. Entiendo que estos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que el de mi país de residencia y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos de América rijan el procesamiento que se hará de mi información personal tal como se autoriza en este formulario.
   - 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,
   - *Divulgación de Información Personal.* La información personal podrá divulgarse de conformidad con el presente formulario y tal como lo detalla la política de privacidad de Special Olympics, disponible en www.SpecialOlympics.org/Privacy_Policy.aspx.

| | |
|---|---|
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de 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 o Parentesco:** |

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR REFERENCIAS AL ATLETA PARA PATROCINADORES (OPCIONAL)

Special Olympics

**En Olimpiadas Especiales dependemos de nuestros socios y patrocinadores para lograr nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeo e historias de nuestros atletas para ejemplificar el efecto que tiene el apoyo de las compañías que nos patrocinan. Si autorizas que se utilicen referencias a tu persona de esta manera, por favor lee lo siguiente y fírmalo.**

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los Juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics"), y a sus socios y patrocinadores para usar; fotografías y vídeo en los que yo aparezco; mi nombre, mi voz y mis palabras (las "Referencias a mi persona"), para reconocer el apoyo que sus socios y patrocinadores dan a Special Olympics.
- Ni Special Olympics ni sus socios y patrocinadores utilizarán "las Referencias a mi persona" para promocionar servicios o productos comerciales.
- Entiendo que no recibiré remuneración alguna por el uso de "las Referencias a mi persona".

| | |
|---|---|
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de 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 o Parentesco:** |

Special Olympics

# ACUERDO DE RENUNCIA Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ("Acuerdo") para OLIMPIADAS ESPECIALES

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el entrenamiento, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de los Deportes de Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. La participación incluye la posible exposición a y enfermedades infecciosas y/o transmisibles, incluidas, 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; y,

2. ASUMO A SABIENDAS Y LIBREMENTE TODOS LOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS u otros, y asumo toda la responsabilidad por mi participación; y,

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 y lo comunicaré al funcionario más cercano de inmediato; y,

4. Yo, en mi nombre y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, POR LA PRESENTE LIBERO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD a Olimpiadas Especiales, Inc, Olimpiadas Especiales Colorado sus funcionarios, dirigentes, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, los propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para realizar el evento ("EXONERADOS"), CON RESPECTO A CUALQUIERA Y TODA ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, MUERTE o pérdida o daño a una persona o propiedad, YA SEA QUE SURJA DE LA NEGLIGENCIA DE LAS PERSONAS EXONERADAS O DE OTRA MANERA, en la mayor medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA INCITACIÓN.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha en que se firmó:

PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS EN EL MOMENTO DEL REGISTRO)

Esto es para certificar que yo, como padre/tutor, con responsabilidad legal para este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia/comunicado a mi hijo/tutelado, incluidos los riesgos de la presencia y participación y sus responsabilidades personales para adherirse a las normas y reglamentos para la protección contra las enfermedades transmisibles. Además, mi hijo/tutelado comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, mi cónyuge y mi hijo/tutelado, damos nuestro consentimiento y aceptamos la liberación de responsabilidad provista anteriormente para todos los Exonerados y yo, mi cónyuge y mi hijo/tutelado liberamos y aceptamos indemnizar y eximir de responsabilidad a los Exonerados por cualquier y todas las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo menor/tutelado en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN POR SU NEGLIGENCIA, en la máxima medida prevista por la ley.

Nombre del padre/madre/tutor(a):

Firma del padre/madre/tutor(a):

Fecha en que se firmó:

# 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 ☐ No ☐ Sí ☐ N/D |
| plg | lbs | Grasa corporal % | F | | | | | Visión izquierda - 20/40 o mejor ☐ No ☐ Sí ☐ 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.**

O

☐ **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:

| | |
|---|---|
| | Nombre: |
| | E-mail: |
| | Teléfono: |
| **Firma del Profesional Médico Certificado** 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