

Aplicacion para Participar en Special Olympics (Olimpiadas Especial)

**SECCION A-INFORMACION DE SALUD DEL ATLETA**

Nombre (Atleta) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Numero de Social \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padres/ Guardian \_\_\_\_\_  
 Numero de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Direccion (si es diferente) \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
 Numero de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Compania de Seguro Medica \_\_\_\_\_ Numero de Polica \_\_\_\_\_  
 Numero de Medicaid \_\_\_\_\_

- |     | si  | no  | nuevo problema   |
|-----|---|-----|--|
| 1.  | ___   | ___ | Enfermedad del corazon/defectos/presion alta                             |
| 2.  | ___   | ___ | Dolores al pecho o desmayo   |
| 3.  | ___   | ___ | Ataques / epilepsia  |
| 4.  | ___   | ___ | Diabetis   |
| 5.  | ___   | ___ | Sindrome de Retraso  |
|     | ___   | ___ | Ha tenido radio-x en el cuello   |
|     | ___   | ___ | Inistabilidad del Axial-Atlanto  |
| 6.  | ___   | ___ | Padres o familiares (menos de 40) han muerto de enfermedades al corazon. |
| 7.  | ___   | ___ | Ausencia de vision/cieguedad en un ojo                                   |
| 8.  | ___   | ___ | Ausencia de un riñon/testiculo   |
| 9.  | ___   | ___ | Concusion o un golpe serio a la cabeza                                   |
| 10. | ___   | ___ | Cirujia grande o enfermedad seria  |
| 11. | ___   | ___ | Ataque al corazon/ fatiga  |
| 12. | ___   | ___ | Otro problemas que interfiera con la participacion de deportes           |
| 13. | ___   | ___ | Hay impedimiento para las habilidades de motor                           |
| 14. | ___   | ___ | Usa silla de rueda.  |
| 15. | ___   | ___ | Alergia a lo siguiente (explique)  |
|     | ___   | ___ | medicina _____   |
|     | ___   | ___ | comidas _____  |
|     | ___   | ___ | picadas o mordidas de insecto _____                                      |
| 16. | ___   | ___ | Dieta especial   |
| 17. | ___   | ___ | Al hacer ejercicios induce a resollar                                    |
| 18. | ___   | ___ | Tendencia a sangriar mucho   |
| 19. | ___   | ___ | Problemas emocional /siquiatrico   |
| 20. | ___   | ___ | Problemas serios a los huesos, o trastorno en la conyuntura              |
| 21. | ___   | ___ | Sickle Cell o otras enfermedad   |
| 22. | ___   | ___ | Aparatos de oidos/ perdida al oir  |
| 23. | ___   | ___ | Lentes/ lentes de contacto   |
| 24. | ___   | ___ | Dentaduras/diente postiso  |
| 25. | ___   | ___ | Vacunas estan a la fecha   |
| 26. | Fecha de su ultima vacuna de tetano ___/___/___ |     |  |

**PORFAVOR NOTE:** Si marco si, a las preguntas 1-6, necesita hacerse un examen fisico cada 3 anos. Si marco problemas nuevo a las preguntas 7-13, un examen es requerido.

Comentarios: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Porfavor escriba nombre de medicina(s), fecha de receta, y cantidad de medicacion que necesita tomar.

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>FECHA DE RECETA</u>	<u>CANTIDAD POR DIA</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma de Persona llenando esta aplicacion (generalmente un padre/ guardian o atleta adulto)

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Relacion

Si la seccion "A" es firmada por el atleta adulto: He repasado con el atleta quien firma esta anterior la historia de salud.

**IMPORTANTE** Si hay cambios significantes en la salud del atleta, el coordinador local tiene que ser informado y la condicion del atleta tiene que ser chequiada por un doctor licenciado para que pueda seguir participando.

**SECCION B- CERTIFICACION DEL MEDICO**

*NOTA DEL EXAMINADOR: Si el atleta tiene sindrome de retraso, Special Olympics requiere un examen radiologic diciendo la ausencia de Inestabilidad de Atlanto-Axial, antes que el pueda participar en los deportes y eventos, en la cual por su naturalesa resulte en hipertension, flexion radical or presion directa en el cuello of espina superior. Los deportes y eventos en la cual un examen radiologico es requerido son los deportes de montar caballo, gimnasia, bocear, pentalon, estilo mariposa, bocear comienza en nadar, salto alto, esquiar, alzamiento y aconclillarse, compentencia en equipos de futbol americano y fUtbol.*

\_\_\_\_\_ He revisado la informacion mencionada en esta aplicacion y examinado al atleta mencionado anterior, y certifico que no hay ninguna evidencia medica disponible antes mi, en la cual pueda excluir al atleta de participar en Special Olympics (Olimpiadas Especial).

**RESTRICCIONES:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EXAMINADOR:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL EXAMINADOR:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**ESTE DESCARGO TIENE QUE SER LLENADO POR EL  
GUARDIAN O PADRE DEL ATLETA O ADULTO QUE NO  
ENTIENDA LA INFORMACION CONTENIDA EN EL  
DESCARGO**

Yo soy el padre/ guardian de \_\_\_\_\_, el atleta que por su parte he sometido las aplicaciones para que participe en Special Olympics. Por este medio represento que el atleta tiene mi permiso en participar en las actividades de Special Olympics.

Yo ademas garantizo y represento en lo mejor de mi conocimiento y creencia, que el atleta esta fisicamente y mental mente capacitdo en participar en Special Olympics. Con mi aprobacion, un examinador licenciado (doctor) a revisado la informacion de salud directamente en la aplicacion y a certificado basado en un examen medico independiente, que no hay evidencias medica que pueda excluir al atleta de participar. Yo entiendo que si el atleta tiene sindrome retardo, el/ ella no puede participar en deportes o eventos que por naturaleza resulte en hipertension, o flexion radical, o presion directa en el cuello, o en la espina superior, a menos que un examen profundo radiologico diga que no haiga inistabilidad del Atlanto-axial. Estoy conciente que los deported y eventos por lo cual este examen radiologico es requerido son montar caballo, gimnasia, bucear, pentalon, estilo mariposa, bocear cominienza en nadar, salto alto, esquiar, alzamiento y aconclillarse, y futbol.

En permitir que el atleta participe, estoy especificamente dando mi permiso (mientras y cualquier tiempo despues), que Special Olympics use el nombre, semejanza, voz, palabras en la television, radio, pelicula, periodico, revista, o otras clase de media, y en cualquier forma con el proposito de dar propaganda o dar comunicacion para el proposito y actividades de Special Olympics, y o aplicar para fondos para estos propositos y actividades.

Si una emergencia medica se presenta mientras el atleta participe en las actividades de Special Olympics, en el tiempo que no estoy presente para ser consultado tratandose del cuidado de atleta. Yo en este medio autorizo a Special Olympics, por mi parte tomen medidas necesarias para asegurar que el atleta sea proveido con tratamiento medico urgentemente, incluyendo hospitalizacion, en la cual Special Olympics considere aconsejable en modo proteja la salud del atleta y su bien estar.

**RENUNCIO DE DESCARGO DE PETICIONES Y DERECHOS DE DEMANDO:** El doctor, el organizador, el oficial, el director, el agente, y el empleado de Special Olympics Internacional, y los Capitulo de todos los Estados de Special Olympics por este medio son descargados, y exculpados de cualquier peticion de dano o demanda por razones de herida, enfermedad, daños a la persona, o propiedad mediante la participacion de Special Olympics, en este respecto, por lo presente yo prometo por mi parte y por el nombre escrito en anterior no llenar una peticion o demanda con respesto a tales heridad y danos.

Yo soy el padre (guardian) del atleta participante. He leído y entendido completamente las provisiones de este descargo. He explicado esto al atleta. Con mi firma en este descargo, estoy de acuerdo con las provisiones mencionads por mi parte y parte del atleta.

Yo por lo presente doy mi permiso para el atleta escrito su nombre anterior que participe de los juegos de Special Olympics, recreacion, y actividades fisicas.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre (Guardian)

\_\_\_\_\_