



## Estimados atletas, padres, y tutores Special Olympics:

A través del poder de los deportes, las personas con discapacidad intelectual a descubrir nuevas fortalezas y habilidades, capacidades y éxito. Nuestros atletas encuentran alegría, la confianza y satisfacción en el campo de juego y en la vida. También inspiran a la gente en sus comunidades y en todo el mundo para abrir sus corazones a un mundo más amplio de los talentos humanos y el potencial humano.

Para registrarse para convertirse en un atleta Special Olympics, escriba el formulario adjunto por favor:

- PARTICIPANTE FORMULARIO DE AUTORIZACION.** Leer el formulario, escribe el nombre del participante, firme su nombre y escribe la fecha por favor. **(Sólo se necesita para completar y firmar este formulario una vez si tiene 18 años de edad o más).**
- FORMULARIO MEDICO DEL ATLETA.** El atleta formulario médico Olimpiadas Especiales está diseñado para identificar problemas de salud que son más comunes entre las personas con discapacidad intelectual. Por favor, complete la sección de Historia de la Salud en las páginas 1 y 2. Si usted no entiende cualquier parte del formulario, puede dejar esas piezas en blanco. Por favor firme en la parte inferior de la página 2. Página 3 de la ficha médica del atleta debe ser completado y firmado por un profesional médico. **(Un Médico con licencia, Asistente médico, Enfermera practicante registrada o Doctor en Medicina Osteopática puede completar y firmar el formulario médico).**

La forma de liberación y la ficha médica del atleta que instruyen para completar formularios adicionales en ciertas situaciones poco comunes. Si esto se aplica a usted, o si usted tiene alguna pregunta, llame Special Olympics Georgia al (770) 414-9390 ext. 122. También puede escribir un correo electrónico a [kelli.britt@specialolympicsga.org](mailto:kelli.britt@specialolympicsga.org).

Por favor, envíe los formularios de inscripción a:

Enviar por correo a: Special Olympics Georgia  
4000 Dekalb Technology Parkway  
Building 400 Suite 400  
Atlanta, GA 30340

Enviar por correo electrónico a: [Kelli.Britt@SpecialOlympicsGA.org](mailto:Kelli.Britt@SpecialOlympicsGA.org)  
[David.Crawford@SpecialOlympicsGA.org](mailto:David.Crawford@SpecialOlympicsGA.org)

Internet: Encuentra el formulario médico nuevo atleta en el sitio web de Special Olympics Georgia  
en: <http://www.specialolympicsga.org/become-an-athlete/athletes/>

**Gracias. ¡Estamos encantados de que son parte de Special Olympics Georgia!**

# PARTICIPANTE FORMULARIO DE AUTORIZACION

Special Olympics

Georgia



Quiero participar en Special Olympics y de acuerdo a:

- Capacidad para participar.** Soy capaz de participar en Special Olympics. Sé que hay en riesgo de lesión.
- El uso de fotos.** Organizaciones de Special Olympics pueden tomar y usar mi imagen, video, nombre, la voz, y el habla para promover Special Olympics.
- Pasar la noche.** para algunos eventos, puedo estar en un hotel, dormitorio de la universidad, o en la casa de otra persona. Si tengo preguntas, voy a preguntar.
  - SOGA regla de la vivienda –** Special Olympics Georgia (SOGA) por lo general proporciona alojamiento para los atletas, Unified Partners, y entrenadores por cada juegos estatales. SOGA totaliza el número de atletas masculinos y femeninos, Unified Partners, y entrenadores por la agencia y asigna las asignaciones de las habitaciones en base a esos totales. Al determinar el número de habitaciones asignadas, SOGA asigna y ofrece 4 personas del mismo sexo por una habitación y una habitación con 2 camas matrimoniales o una habitación con 1 cama king con una cama plegable, 2 personas del mismo sexo por habitación para una habitación con 1 cama king, y 5 personas del mismo sexo por una habitación una habitación con 2 camas queen con una cama plegable. En los dormitorios, SOGA asigna una cama por persona. Los atletas, Unified Partners, entrenadores, y vountarios pueden ninguna participación en una habitación con atletas, Unified Partners, entrenadores, y voluntarios del sexo opuesto.
- Cuidados de emergencia.** Estoy de acuerdo con la atención médica si es necesario en caso de emergencia, a menos que marcar uno de los cuadros a continuación:
  - Tengo una objeción religiosa o de otro tipo para recibir tratamiento médico.
  - Doy mi consentimiento para la atención médica de emergencia, pero no consiento a las transfusiones de sangre.

**(Si ha marcado ninguna de las Casillas, una FORMA NEGATIVA DE ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA debe ser escrito).**
- Programas de salud.** Si participo en un programa de salud, estoy de acuerdo con las actividades, exámenes, y tratamiento de salud. Esto no debe sustituir a la atención de salud regular. Puedo rechazar el tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
- Información personal.** Entiendo que mi información personal puede ser utilizado por Special Olympics y compartido por Special Olympics a:
  - Asegúrese de que soy elegible y pueda participar de manera segura;
  - Supervisar en capacitaciones y eventos, y compartir los resultados;
  - Grabar mi información en un Sistema informático;
  - Proporcionar tratamiento de salud, hacer referencias, consultar a los médicos, y me recuerdan acerca de los servicios de salud;
  - Investigación, compartir y responder a las necesidades de los participantes Special Olympics (información de identificación será eliminado si es compartido públicamente); y
  - Proteger la salud y la seguridad, responder a solicitudes gobierno y reportar la información requerida por la ley.Puedo pedir ver y revisar mi información personal. Puedo pedir que se limite las formas se utiliza mi información.
- Las conmociones cerebrales.** Entiendo el riesgo de conmociones cerebrales y continuando a participar en deportes con una conmoción cerebral. Puede que tenga que recibir atención médica si tengo síntomas de una conmoción cerebral. También puede tener que esperar 7 días o más para participar en los deportes de nuevo y recibir permiso para participar de un médico.

**NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE (ESCRIBIR):** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PARTICIPANTE** (si se requiere más de 18 años de edad y firma, en nombre propio)

He leído y entiendo esta versión. Si tengo alguna pregunta, voy a preguntar. Al firmar, estoy de acuerdo con esta forma.

Firma del participante: \_

Fecha: \_

**FIRMA DEL PADRE O DEL TUTOR** (requerido si es menor de 18 años de edad o está bajo el cuidado de un tutor legal) Soy un padre o tutor del participante. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al participante. Al firmar, estoy de acuerdo con esta forma en mi propio nombre y en el nombre del participante.

Firma del padre o del tutor: \_

Fecha: \_

Nombre y apellido escrito: \_

Relacion con el participante: \_

**(No se puede alterar esta forma, bajo ninguna circunstancia).**

# Formulario Médico del Atleta– HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)



REGIÓN / ÁREA:   
DELEGACIÓN/EQUIPO:

\*Debe completar todos los artículos de esta página.\*

## INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre:  Segundo Nombre:   
Apellido:   
Fecha de Nacimiento (dd/mm/año):  Fem:  Masc:   
Domicilio (calle, Av.):   
Domicilio (ciudad, distrito, país):   
Número de Teléfono:  Número de Teléfono Móvil:   
Correo Electrónico:   
Color de Ojos:  Etnicidad:  (opcional)  
Empleador del atleta, en su caso:   
¿Tengo tutor?  Si  No

El atleta tiene (marque las casillas que corresponda):  
 Autismo  Síndrome de Down  Síndrome de Cromosoma X Frágil  
 Parálisis Cerebral  Síndrome de Alcohol Fetal  
 Otro síndrome, por favor especifique:

El atleta es alérgico a lo siguiente (por favor, enumere):  
 Látex  No se Conocen Alergias  
 Medicamentos:   
 Picaduras de Insectos:   
 Alimentos:

Enumere las necesidades dietéticas especiales:

Enumere las cirugías a las que se ha sometido:

¿En la actualidad el atleta sufre una infección crónica o aguda?  
 No  Si En caso afirmativo, por favor, describa:

El atleta ha tenido un electrocardiograma anormal ( ECG) o un Ecocardiograma anormal? En caso afirmativo, por favor, describa:  
 Si, electrocardiograma anormal  Si, Ecocardiograma anormal

PADRE  INFORMACIÓN DEL TUTOR (de no ser independiente)  
Nombre y Apellido:   
Número de Teléfono:  Número de Teléfono Móvil:   
Correo Electrónico:   
Nombre del contacto de emergencia:  Igual que arriba:   
Nombre del contacto de emergencia (Número de Teléfono Móvil):   
Contacto de Emergencia Relación:   
¿El atleta tiene un médico de atención primaria?  Si  No Encaso afirmativo ndique.  
Médico de cabecera del Atleta:  Número de teléfono del médico:   
Póliza de seguro médico (nombre y número de teléfono):   
¿El atleta tiene alguna objeción a la atención médica de emergencia?  
 No  Si Si es así, póngase en contac usar el ormat no atención.

ENUMERE LOS DEPORTES QUE EL ATLETA DESEA PRACTICAR:  
  
¿Alguna vez algún doctor ha limitado la participación del atleta en algún deporte?  
 No  Si En caso afirmativo, por favor, describa:

El atleta usa (marque las casillas que correspondan):

<input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Comunicación
<input type="checkbox"/> Dispositivo de CPAP	<input type="checkbox"/> Muletas o Andador	<input type="checkbox"/> Dentadura
<input type="checkbox"/> Gafas o Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> Sonda de Gastrostomía o Yeyunostomía	<input type="checkbox"/> Audífono
<input type="checkbox"/> Dispositivo Implantado	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Prótesis Extraíble	<input type="checkbox"/> Entablillar	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas

¿El atleta se ha vacunado contra el Tétanos en los últimos 7 años?  No  Si

ANTECEDENTES FAMILIARES  
¿Algún familiar ha muerto antes de los 50 años por problemas cardiacos?  No  Si  
¿Algún familiar ha muerto mientras practicaba ejercicio?  No  Si

Enumere todos los problemas de salud en la familia del atleta:

# Formulario Médico del Atleta– HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)

Special  
Olympics  
Georgia



Nombre del atleta:

**INDICAR SI EL ATLETA NUNCA SE LE HA DIAGNOSTICADO O EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

- |   |   |                      |   |                                |   |
|---|---|----------------------|---|--------------------------------|---|
| Pérdida de Consciencia  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Hipertensión         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | AIT/ Accidente Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Mareo durante o después de hacer ejercicio                    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Colesterol Alto      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Concusión                      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Deficiencia Visual   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Asma                           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Deficiencia Auditiva | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Diabetes                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Esplenomegalia       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Ritmo cardíaco irregular, con interrupciones, o taquicardias  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Riñón Único          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Malestar Urinario              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Cardiopatía Congénita   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Osteoporosis         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Espina Bífida                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Ataque al Corazón   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Osteopenia           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Artritis                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Miocardopatía   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Anemia Falciforme    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Agotamiento por Calor          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Enfermedad de las Válvulas del Corazón                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Rasgo Drepanocítico  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Huesos Rotos                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Soplo Cardíaco  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Sangrado Fácil       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Articulaciones Dislocadas      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| Endocarditis  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                      |   |                                |   |

**Dificultades en el control intestinal y de la vejiga**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Debilidad en piernas, brazos, manos o pies**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Ardor, dolor punzante, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, No Si hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Torticolis**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Espasticidad**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Parálisis**  No  Si  
 En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?  No  Si

**Explique si se ha roto un hueso o dislocado una articulación (si es así es comprobado por cualquiera de los campos de arriba):**

**Epilepsia o cualquier otro tipo de convulsión**  No  Si  
 En caso afirmativo, enumere el tipo de convulsión:

¿Alguna convulsión durante el año pasado?  No  Si

**Algún tipo de conducta autoagresiva durante el pasado año**  No  Si

**Conducta agresiva durante el pasado año**  No  Si

**Depresión (diagnosticado)**  No  Si

**Ansiedad (diagnosticado)**  No  Si

**Describa cualquier otro posible trastorno de la salud mental:**

**Haga una lista de otras condiciones médicas actuales o pasadas:**

**ENUMERE EN LA PARTE DE ABAJO CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINAS O SUPLEMENTOS (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)**

Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día

¿Es el atleta capaz de administrar su propia medicación?  No  Si

En caso de ser mujer, escriba la fecha del último periodo menstrual de la atleta:

Nombre de la persona que completa este formulario      Relación con el atleta      Número de teléfono      Dirección de correo electrónico

# Formulario Médico del Atleta- EXAMEN FISICO

(solo debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO)

Special  
Olympics  
Georgia



Nombre del Atleta:

## INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	O2Sat	Presión Sanguínea Derecha:	Presión Sanguínea Izquierda:	Visión Ojo Derecho - 20/40 o mejor	Visión Ojo Izquierdo - 20/40 o mejor																										
<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> IMC	<input type="text"/> C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A																										
<input type="text"/> in	<input type="text"/> lbs	<input type="text"/> Grasa corporal %	<input type="text"/> F																																
Oído Derecho (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> 5HVSQRGH <input type="checkbox"/> 1R KD\5HVSXHVD <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Oído Izquierdo (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> 5HVSQRGH <input type="checkbox"/> 1R KD\5HVSXHVD <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Conducto Auditivo Derecho <input type="checkbox"/> /LPSLR <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Conducto Auditivo Izquierdo <input type="checkbox"/> /LPSLR <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Membrana Timpanica Derecha <input type="checkbox"/> /LPSLD <input type="checkbox"/> 3HUIRUDFLyQ <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> N/A	Membrana Timpanica Izquierda <input type="checkbox"/> /LPSLD <input type="checkbox"/> 3HUIRUDFLyQ <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> N/A	Higiene Bucal <input type="checkbox"/> %XHQR <input type="checkbox"/> UHXODU <input type="checkbox"/> Deficiente	Agrandamiento de la Tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Agrandamiento de Ganglios Linfáticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	6RSOR & DUGLDFR VXSLQR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	6RSOR & DUGLDFR GH SLH <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	5LWPR & DUGLDFR <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	3XOPRQHV <input type="checkbox"/> limpios <input type="checkbox"/> ruidos agregados	(GHPD HQ OD 3LHUQD' HUHFKD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	(GHPD HQ OD 3LHUQD' JTXLHUGD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	6LPHWUD GH 3XOVR 5DGLDO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D	& LDQRVLV <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	\$FURSXTXLD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Sonidos Intestinales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hepatomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Esplenomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Irritación Peritoneal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> IID	Dolor Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	Reflejo en la extremidad superior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hyperreflexia	Reflejo en la extremidad superior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hyperreflexia	Reflejo en la extremidad superior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hyperreflexia	Reflejo en la extremidad superior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hyperreflexia	Marcha Anormal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Espasticidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Tembor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Movilidad de la Espalda y el Cuello <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	Movilidad de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	Movilidad de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	Fuerza de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	Fuerza de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	Pérdida de Sensibilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo

- El atleta no tiene síntomas neurológicos ni se han hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial
- El atleta si tiene síntomas neurológicos o se ha hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial y por ello debe someterse a una evaluación neurológica adicional para determinar mayores riesgos de lesión de la médula espinal previo a la autorización para participar en un deporte.

## RECOMENDACIONES (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Autorizados: Se recomienda que el examinador revise los puntos del historial médico con el atleta o su tutor, previo a la realización del examen médico. Si se considera que el atleta necesita una evaluación médica más a fondo, por favor use el Formulario de Evaluación Médica Adicional de Special Olympics, en la página 4, para otorgar al atleta autorización médica.

Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones/ limitaciones

Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON** restricciones/limitaciones: (describa)

Este atleta **no puede participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento y debe tener una evaluación mas exhaustiva evaluado por o siguiente:

Examen Cardíaco Preocupante  Infección Aguda  Saturación O2 menor al 90% en el ambiental

Examen Neurológico Preocupante  Estadio II de Hipertensión o Mayor  Hepatomegalia o Esplenomegalia

Otro, por favor, describa:

## Adicionalmente se sugiere lo siguiente:

Evaluación con un cardiólogo  Evaluación con un neurólogo  Evaluación con un médico de atención primaria

Evaluación con un oftalmólogo  Evaluación con un otorrino  Evaluación con un dentista o higienista dental

Evaluación con un podiatra  Evaluación con un fisioterapeuta  Evaluación con un nutricionista

Otro/ notas del examen:

Firma del Examinador Médico Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_ Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_