

**Estimados atletas, padres y tutores de Special Olympics:**

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

Para registrarse para convertirse en un atleta de las Olimpiadas Especiales, por favor complete los formularios adjuntos:

- FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE PARTICIPANTE.** Lea el formulario, imprima el nombre del participante, su firma y la fecha. (Solo tendrá que completar y firmar este formulario una vez si tiene 18 años de edad o más)

- FORMULARIO MÉDICO DEL ATLETA.** El Formulario Médico para Atletas de las Olimpiadas Especiales está diseñado para identificar problemas de salud que son más comunes entre las personas con discapacidades intelectuales. Por favor de completar la sección de Historia de Salud en las páginas 1 y 2. Si no entiende alguna part del formulario, puede dejarlo en blanco. Por favor, firme la parte inferior de la página 2. Página 3 del formulario debe estar completada, firmada y con la fecha por un médico profesional. El formulario médico del atleta debe completarse cada 3 años. **(Un médico licenciado, quiropráctico licenciado, asistente médico, enfermera practicante registrada o doctor de medicina ostepática puede completar y firmar el formulario médico)**

El Formulario de Liberación y el Formulario Médico del Atleta le indica que complete formularios adicionales en ciertas situaciones poco comunes. Si esto le aplica o si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con las Olimpiadas Especiales de Georgia con al numero (770) 414 – 9390 extensión 1109 o al correo electrónico Santiago.Arias@specialolympicsga.org

Por favor envíe los formularios a:

POR CORREO: Special Olympics Georgia
6046 Financial Drive
Norcross, GA 30071

O

POR CORREO ELECTRÓNICO: Santiago.Arias@specialolympicsga.org

O

EN LÍNEA: Puede encontrar el nuevo Formulario Médico del Atleta en el sitio web:

<http://www.specialolympicsga.org/become-an-athlete/athletes/>

Gracias. ¡Estamos emocionados de que seas parte del Movimiento de las Olimpiadas Especiales!



Quiero participar en las Olimpiadas Especiales y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Poder Participar.** Puedo participar en las Olimpiadas Especiales. Sé que existe el riesgo de lesiones.
2. **Autorización de Fotos.** Las organizaciones de Olimpiadas Especiales pueden usar mi foto, video, nombre, voz y palabras para promover la Olimpiadas Especiales.
3. **Pasar la Noche.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel, dormitorio universitario o en la casa de alguien.

Si tengo preguntas, preguntaré.

- **Póliza de Alojamiento de SOGA** – Las Olimpiadas Especiales de Georgia (SOGA) usualmente provee alojamiento para los Atletas, Socios Unificados y Entrenadores ingresados en cada Juegos Estatales. SOGA totaliza 1 número de atletas masculinos y femeninos, socios unificados y entrenadores por agencia y asigna alojamiento basado de esos totales. Al determinar los números de habitaciones asignados, SOGA asigna y proporciona 4 personas del mismo sexo por habitación para una habitación double/double o king con un sofa cama, 2 personas del mismo sexo por habitación para una habitación con cama de matrimonio extragrande y 5 personas del mismo sexo por habitación para una cama de matrimonio grande con cama sofa. En los dormitorios, SOGA asigna una cama por persona. Los atletas, socios unificados, entrenadores y voluntarios no pueden compartir una habitación con atletas, socios unificados, entrenadores y voluntarios del sexo opuesto.

4. **Atención de Emergencia.** Doy mi consentimiento para recibir atención médica si es necesario en una emergencia, a menos que marque una de estas casillas:

- Tengo una objeción religiosa o otro tipo de objeción a recibir tratamiento médico.
- No doy autorización para transfusiones de sangre.

(Si cualquiera de las casillas está marcada, se debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA)

5. **Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para actividades de salud, exámenes y tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
6. **Información Personal.** Entiendo que mi información puede ser utilizada y compartida por las Olimpiadas Especiales para: Asegurarme de que soy eligible y pueda participar de manera segura; Realizar entrenamientos y eventos y compartir resultados; Poner mi información en su Sistema informático; Proporcionar tratamiento de salud, hacer referencias, consultar a médicos y recordarme acerca de los servicios de seguimiento; investigar, compartir y responder a las necesidades de los participantes de las Olimpiadas Especiales (información de identificación eliminada si se comparte públicamente); y Proteger la salud y la seguridad, responder a las solicitudes del gobierno y reportar la información requerida por la ley. Puedo pedir ver y revisar mi información. Puedo pedir que limite la forma en que se utiliza mi información.
7. **Conmociones Cerebrales.** Entiendo el riesgo de conmociones cerebrales y continuar practicando deportes con una conmoción cerebral. Es posible que tenga que recibir atención médica si tengo una sospecha de conmoción cerebral. También podría tener que esperar 7 días o más y obtener permiso de un médico antes de regresar a practicar deportes de nuevo.
8. **Enfermedad(es) Transmisible(s).** La participación incluye la posible exposición y enfermedad de enfermedades infecciosas y/o transmisibles, incluidas, entre otras, MRSA, influenza, COVID-19. Mientras que las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, el riesgo de enfermedad grave y Muerte existe; y, AL SABER Y LIBERAMENTE AUMO TODOS ESTOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS REALIZADOS y otros, y asumo la responsabilidad de mi participación; Y estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra las enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo o observe algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo pondré en conocimiento del funcionario más cercano de inmediato; y, yo, por mí mismo y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y familiares, POR LA PRESENTE, LIBERAN Y MANTIENEN INDEMNIDAD A las Olimpiadas Especiales, inc, las Olimpiadas Especiales de Georgia sus oficiales, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, Agencias patrocinadores, anunciantes y, en su caso, propietarios y arrendadores de locales utilizados para llevar a cabo el evento ("REALIZADOS"), CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE o pérdida a personas o bienes, YA SEA QUE SURJA DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS O DE OTRA MANERA, en la máxima medida permitida por la ley.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (IMPRIMIR): _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE (requerido si es mayor de 18 años y firma nombre propio) He leído y entiendo este comunicado. Si tengo preguntas, preguntare. Al firmar, acepto este formulario.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (requerido si es menor de 18 años o tiene un tutor legal) Soy el padre o tutor del participante. He leído y entiendo este formulario y he explicado el contenido al Participante según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi propio nombre y en el nombre del Participante.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre y Apellido (IMPRIMIR): _____ **Relación:** _____

(No puede modificar este formulario bajo ninguna circunstancia)

Formulario Médico del Atleta – HISTORIAL DE SALUD

(páginas 1 y 2 deben ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador)

Deben completar TODOS los elementos en las dos páginas

Special
Olympics
Georgia



ÁREA & AGENCIA:

INFORMACIÓN DEL ATELTA

Femenina: Masculino: Otra Identidad de Sexo:

Nombre: Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):

Dirección (Calle):

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal):

Teléfono: Teléfono Celular:

Correo Electrónico:

Empleador del Atleta, si aplica:

Color de Ojos: Soy mi propio tutor. Sí No

Race/Ethnicity:

- Indio Americano/Alaskan Asiático Americano
 Africano Americano Nativo de Hawái u otro Pacífico
 Blanco o Caucásico Hispano o Latinx
 Prefiero No Responder Más de una Raza

¿El atleta tiene (marque cualquiera que apliqué):

- Síndrome X Frágil Síndrome de Down
 Autismo Síndrome del Alcoholismo Fetal
 Parálisis Cerebral

Otro syndrome, especifique:

¿Es el atleta alérgico a cualquiera de lo siguiente (por favor marque):

- Látex No hay alergias conocidas
 Medicamentos:
 Mordeduras o picaduras de insectos:
 Comida:

Haga una lista de cualquier necesidad dietética especial:

Haga una lista de todas las cirugías pasadas:

PADRE INFORMACIÓN DEL TUTOR (si no es propio tutor)

Nombre:

Teléfono: Teléfono Celular:

Correo Electrónico:

Nombre de Contacto de Emergencia: Mismo que Ariba:

Teléfono de Contacto de Emergencia (celular):

Relación de Contacto de Emergencia:

¿Tiene el atleta un médico de atención primaria? Sí No Si sí, indique.

Nombre del Médico: Teléfono del Médico:

Póliza de seguro (Compañía y número):

¿Tiene el atleta alguna objeción a la atención médica de emergencia?

No Sí Si sí, comuníquese con su programa local para obtener el formulario de rechazo de atención de emergencia

HAGA UNA LISTA DE LOS DEPORTES QUE EL ATLETA DESEA JUGAR:

¿Alguna vez un medico ha limitado la participación del atleta en los deportes?

No Sí Si sí, puede describir:

¿El atleta ha tenido alguna vez un electrocardiograma (ECG) o un ecocardiograma (ECO) anormales? Si sí, seleccione y describa.

Sí, tenía un ECG anormal Sí, tenía un ECO anormal

¿El atleta tiene actualmente alguna infección crónica o aguda?

No Sí Si sí, puede describir:

¿El atleta usa: (marque cualquiera que apliqué):

- Aparato Ortopédico Colostomía Dispositivo de Comunicación
 Dispositivo de CPAP Muletas o Andador Dentadura
 Gafas o Lentes de Contacto Sonda de Gastrostomía o Yeyunostomía Aparato Auditivo
 Dispositivo Implantado Inhalador Marcapasos
 Prótesis Removibles Entablillar Silla de Ruedas

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha muerto de un problema cardíaco antes de los 50 años? No Sí

¿Ha muerto algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? No Sí

Haga una lista e todas las condiciones médicas que corren 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)



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

Dificultades en el control intestinal y de la vejiga

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Entumecimiento u hormiguero en piernas, brazos, manos o pies

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Debilidad en piernas, brazos, manos o pies

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Ardor, dolor punzante, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Tortícolis

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Espasticidad

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Parálisis

Si sí, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?

 No Sí
 No Sí

Haga una lista de otras condiciones médicas actuales o pasadas:

Describe cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si es así, se verifica cualquiera de los campos anteriores):

Epilepsia o cualquier otro tipo de convulsión No Sí

Si sí, enumere el tipo de convulsión:

Si sí, ¿ha tenido convulsiones durante el año pasado? No Yes

Comportamiento autolesivo durante el año pasado No Sí

Comportamiento agresivo durante el año pasado No Sí

Depresión (diagnosticada) No Sí

Describe cualquier problema adicional de salud mental:

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

Medicamentos, Vitaminas o Suplementos	Dosis	Veces por día	Medicamentos, Vitaminas o Suplementos	Dosis	Veces por día	Medicamentos, Vitaminas o Suplementos	Dosis	Veces por día

¿El atleta puede administrar sus propios medicamentos? No Sí

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 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	Presión Sanguínea	Visión Ojo	Visión																										
<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> IMC	<input type="text"/> C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Presión Sanguínea Derecha: <input type="text"/>	Presión Sanguínea Izquierda: <input type="text"/>	Visión Ojo Derecho - 20/40 o mejor <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	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Visión Ojo Izquierdo - 20/40 o mejor <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																										
Oído Derecho (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No Hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Oído Izquierdo (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No Hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Conducto Auditivo Derecho <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/> Cerumen	Conducto Auditivo Izquierdo <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/> Cerumen	Membrana Timpánica Derecha <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/> Perforación	Membrana Timpánica Izquierda <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/> Perforación	Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente	Agrandamiento de la Tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Agrandamiento de Ganglios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Soplo cardíaco (supino) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Soplo cardíaco (vertical) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulmones <input type="checkbox"/> Limpios <input type="checkbox"/> Ruidos agregados	Edema de pierna derecha <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Edema de la pierna izquierda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Simetría de pulso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D	Cianosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Pie Equinovaro <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	Temblor <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 lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen Cardíaco Preocupante | <input type="checkbox"/> Infección Aguda | <input type="checkbox"/> Saturación O2 menor al 90% en el ambiental |
| <input type="checkbox"/> Examen Neurológico Preocupante | <input type="checkbox"/> Estadio II de Hipertensión o Mayor | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia o Esplenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor, describa: <input type="text"/> | | |

Adicionalmente se sugiere lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un cardiólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un neurólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un médico de atención primaria |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un oftalmólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un otorrino | <input type="checkbox"/> Evaluación con un dentista o higienista dental |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un podiatra | <input type="checkbox"/> Evaluación con un fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> 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: _____