

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del Programa Local : _____
 # de Seguro Social del Atleta _____ - _____ - _____
 Masculino Fecha de Nacimiento _____/_____/_____
 Femenino Mes Día Año
 Nombre del Atleta: _____
 Domicilio del Atleta: _____ Teléfono del Atleta # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ E-Mail del Atleta _____
 Nombre de Padre/Guardián: _____ Teléfono del Padre # _____
 Domicilio de Padre/Guardián:(si es diferente al del atleta) _____ Teléfono Secundario # _____
 Contacto de Emergencia: (si no es el Padre/Guardián) _____ E-Mail de los Padres _____
 Compañía de Seguro Médico/Accidental: _____ Teléfono Primario # _____
 Numero de Póliza _____

HISTORIAL MÉDICO: PARA COMPLETARSE POR EL PADRE/GUARDIÁN

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades o defectos del corazón / presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alergias: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicinas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones / epilepsia / desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comida: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Picadura/Mordida de insecto: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conmoción o concusión / lesión severa en la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía mayor o enfermedad grave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insolación / agotamiento por calor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguedad / problemas de la vista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Facilidad de Sangrar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lentes de contacto / anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emocional / psiquiátrico / conducta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perdición de audición / aparato de audición (audifono) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia y/o herencia de células falciformes (sickle cell) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de articulación o de los huesos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunizaciones actualizadas |
| Fecha más reciente de inmunización del Tétano _____/_____/_____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: (para espacio adicional, use el reverso de esta hoja): _____ |

Medicinas:

Favor de anotar el nombre del medicamento, cantidad, fecha recetada y número de veces que se toma por día.

| Nombre de la Medicina | Dosis | Fecha Recetada | Veces por día | Nombre de la Medicina | Dosis | Fecha Recetada | Veces por día |
|-----------------------|-------|----------------|---------------|-----------------------|-------|----------------|---------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Firma del Padre/Guardián ó Atleta Adulto: _____ Fecha: _____/_____/_____

ASESORAMIENTO DE INSTABILIDAD ATLANTO-AXIAL PARA ATLETAS CON EL SÍNDROME DOWN

NOTA PARA EL EXAMINADOR: Si el atleta tiene el síndrome Down, Special Olympics North Carolina requiere un examen radiológico completo para establecer la ausencia de inestabilidad Atlanto-axial antes de que pueda participar en deportes o eventos que por su naturaleza, pueden resultar en hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o la parte superior de la espina dorsal. Los deportes y eventos para los cuales se requiere el examen radiológico son: judo, deportes ecuestre, gimnasia, clavados, pentatlón, brazada de mariposa y clavados de salidas para competencias de natación, salto de altura, esquí alpino, tabla de nieve (snowboard), levante agachado de pesas, y competencias en equipo de futbol.

¿Se ha hecho una evaluación radiológica para inestabilidad Atlanto-axial?
 Sí No
 De ser así, ¿fue positivo para inestabilidad Atlanto-axial? (indicación positiva del intervalo atlanto-dens excede de 5mm o más)

EXÁMEN FÍSICO

Presión de Sangre: _____/_____/_____ Peso: _____ Altura: _____
 Normal/Anormal Normal/Anormal Normal/Anormal
 Visión Sistema Cardiovascular Nervios Craneales
 Audición Sistema Respiratorio Coordinación
 Cavidad Oral Sistema Gastrointestinal Reflejos
 Cuello Sistema Genitourinario
 Extremidades Piel

Otro: _____
 Categoría/Etiología Primaria de MR (Si se conoce): _____

He repasado la información médica anterior y he hecho el examen médico anterior en esta atleta dentro de los últimos seis meses y certifico que el atleta puede participar en las actividades de Special Olympics (Olimpiadas Especiales).

RESTRICCIONES:

FIRMA DEL EXAMINADOR: _____ Fecha: _____/_____/_____

NOMBRE DEL EXAMINADOR: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

FORMA DE LIBERACION

Yo, el abajo firmante, represento y garantizo que, a mi mejor conocimiento y creencia, puedo/mi hijo/pupilo puede participar física- y mentalmente en las actividades de Special Olympics North Carolina (Olimpiadas Especiales de North Carolina). Con mi aprobación, un doctor licenciado fue autorizado a repasar la información médica contenida en esta aplicación, y para administrar un examen médico para certificar que no existe evidencia médica para impedir la participación mía o de mi hijo/pupilo en Special Olympics North Carolina. Entiendo que si mi hijo/pupilo tiene o yo tengo el Síndrome Down, no puede/o participar en deportes o eventos en los cuales por su naturaleza, resultan en hiperextensión, flexión radical, presión directa en el cuello o en la parte superior de la espina dorsal, a menos que un examen radiológico completo establece la ausencia de inestabilidad Atlanto-Axial. Estoy consciente que los deportes y eventos para la cual se requiere este examen radiológico son judo, equitación, gimnasia, clavado, pentatlón, brazada de mariposa, clavados de salidas en competencias de natación, salto de altura, esquí alpino, levante agachado de pesas, tabla de nieve (snowboarding) y competencias en un equipo de fútbol.

Special Olympics North Carolina tiene mi permiso para usar mi/la imagen de mi hijo/pupilo, nombre, voz o palabras en la televisión, radio, película, periódico, revistas, y cualquier otro medio de comunicación, y en cualquiera forma, con el propósito de hacer anuncios o comunicar el propósito y actividades de las Special Olympics North Carolina y/o para aplicar para fondos para apoyar esas metas y actividades.

Si ocurre una emergencia médica durante mi/la participación de mi hijo/pupilo en cualquier evento de Special Olympics North Carolina y no puedo dar mi consentimiento, por cualquier razón, autorizo a Special Olympics North Carolina a tomar cualquiera medida necesaria y que considere ser necesaria, para proteger mi/su salud y bienestar, incluyendo hospitalización.

He leído y entiendo completamente las provisiones de la forma de anterior y le he explicado las provisiones a mi hijo/pupilo. Entiendo que por medio de mi firma en esta forma de liberación estoy indicando que estoy de acuerdo con las provisiones de parte mía y también de parte de mi hijo/pupilo, y que con la presente doy mi permiso para que mi hijo/pupilo participe en los juegos, programas de recreación y actividades físicas de Special Olympics North Carolina.

Firma del Padre/Guardián o Atleta Adulto: _____ Fecha: _____/_____/_____