

APLICACION PARA PARTICIPACION EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

LA SECCION A DEBE SER ARCHIVADA CADA TRES (3) AÑOS

SECCION A INFORMACION DE LA SALUD DEL ATLETA

PROGRAMA: _____

Seguro Social del Atleta _____

Sexo / Genero _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Nombre del Atleta _____

Dirección: _____

Teléfono del Hogar _____

Nombre del Padre / Tutor _____

Teléfono del Trabajo _____

Dirección (Si es diferente a la del atleta) _____

Teléfono del Hogar _____

Contacto de Emergencia (Si no es el padre / tutor) _____

Teléfono del Hogar _____

Compañía de Salud/Accidentes _____

Poliza # _____

	SI	NO	
1. Enfermedad del Corazon/Defecto del Corazon / Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dolor en el pecho o Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ataques/ Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Síndrome Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene espina dorsal cervical (hueso del cuello) rayos x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema Nuevo
Inestabilidad del Atlanto Axial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Padres/Hermano (menor de 40) murlo del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ceguera/ceguera en un ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Falta de un riñon o testiculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Contusión o heridas graves de la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Operación grave o enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Insolación/agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas que interfieran con la participación en deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
13. Capacidad de Impedimento motriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Usa una silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alergias a lo siguiente (lista específica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comidas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piquetes de insectos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dieta especial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ejercicio que induce resuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sangre fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problema emocional/psiquiátrico/ comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Desorden severo hueso/contusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Característica de celula hos o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Aparato para sordo/perdida del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lentes de contacto/lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dentadura/dientes falsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Vacunas (están al corriente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fecha de la última vacuna del tetano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista: _____

Comentarios: _____

MEDICAMENTOS - Por favor imprima el nombre del medicamento, dosis, fecha de la prescripción y número de veces al día que debe tomarla.

Persona llenando la forma (Normalmente padre/tutor o atleta adulto): _____

SI EL ATLETA ADULTO FIRMO LA HISTORIA - He repasado la historia de salud con el adulto mencionado arriba.

Firma _____ Fecha _____ Parentesco con el atleta (miembro de familia, amigo, entrenador)

IMPORTANTE Si hay un cambio drástico en la salud del atleta, se debe evaluar la condición del atleta por un examinador con licencia antes de cualquier clase de participación

SECTION B MEDICAL CERTIFICATION

EXAMINER'S NOTE: If the athlete has Down syndrome, Special Olympics requires a full radiological examination establishing the absence of Atlanto-axial instability before he/she may participate in sports or events which, by their nature may result in hyperextension, radical flexion or direct pressure on the neck or upper spine. The sports and events for which such a radiological examination is required are: equestrian sports, gymnastics, diving, pentathlon, butterfly stroke, diving starts in swimming, high jump, alpine skiing, squat lift and football team competition (soccer).

I have reviewed the above health information on and examined the athlete named in the application, and certify there is no medical evidence available to me which would preclude the athlete's participation in Special Olympics

RESTRICTIONS _____
 EXAMINER'S SIGNATURE _____ DATE _____
 EXAMINER'S NAME _____ PHONE _____
 ADDRESS _____

FORMA DE LIBERACION OFICIAL PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

UN ATLETA ADULTO DEBE LLENAR LA LIBERACION

Yo _____ por lo menos tengo 18 años de edad y he aplicado para participar en las Olimpiadas Especiales.

Yo represento y doy mi consentimiento a mi mejor conocimiento, que puedo participar físicamente y mentalmente en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También presento que un doctor a repasado la información de salud que contiene mi aplicación y a certificado, basado en una examinación independiente, que no hay ninguna razón médica que me pueda impedir a participar en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que si tengo Síndrome Down, no puedo participar en deportes o eventos en los cuales por naturaleza, resulten en over-extension, flexión radical o presión directa en mi cuello o en la parte posterior de mi espina dorsal al menos que dos doctores y yo hayamos completado la forma oficial "Liberación Especial para Atletas con Inestabilidad de Atlanto-Axial" disponible por el programa de Special Olympics Chapter en mi estado, o tuve un examen radiológico completo que establezca que no hay inestabilidad de Atlanto-axial. tengo que tener la evaluación radiológica antes de participar en los deportes cabalistas, gimnasia, Buceo, pentatlón, natación de maripos, buceo que empiesa en natación, saltos altos, eskar alpino, y fútbol soccer.

Las Olimpiadas Especiales tienen mi permiso, (durante y despues), para que usen mi nombre, voz o palabras en la televisión, radio, película, periódico, revistas, y otra clase de media, con el proposito de hacer propaganda o comunicar el proposito y actividades de Las Olimpiadas Especiales y/o aplicarlo para fondos que apoyen estos propósitos y actividades.

Si, durante mi participación en las Olimpiadas Especiales, necesito tratamiento médico de emergencia y si no puedo dar mi consentimiento o hacer mis propios arreglos de tratamiento por causa de mis heridas. Autorizo a las Olimpiadas Especiales para que tomen cualquier medida necesaria para proteger mi salud y mi bien estar y hospitalización, si es necesario.

Yo, el atleta mencionado arriba, leí éste papel y entiendo completamente las provisiones de la liberación que estoy firmando. Estoy de acuerdo con las provisiones de ésta liberación.

Firma del Atleta Adulto

Fecha

Certifico que e repasado ésta liberación con el atleta mencionado arriba. Estoy satisfecho basado en el repaso que el atleta entiende ésta liberación y está de acuerdo con los terminos.

Nombre (Impirma): _____

Relación al atleta: _____

(ej. miembro de familia, maestro, entrenador, etc.)

LIBERACION DEBE SER LLENA POR EL PADRE O TUTOR DEL ATLETA MENOR

Yo soy el padre/turo del _____ atleta menor de edad, por quien archivo la aplicación adjunta para participación en las Olimpiadas Especiales. Represento que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. Represento y justifico que a mi mejor conocimiento, el atleta puede participar física y mentalmente en las Olimpiadas Especiales. Con mi consentimiento un examinador con licencia repaso la información de salud en la aplicación del atleta. Entiendo que si el atleta tiene Síndrome Down el/ella no puede participar en deportes que por naturaleza, resulten en over-extension, flexión radical o presión directa en mi cuello o en la parte posterior de mi espina dorsal al menos que dos doctores y yo hayamos completado la forma oficial "Liberación Especial para Atletas con Inestabilidad de Atlanto-Axial" disponible por el programa de Special Olympics Chapter en mi estado, o tuve un examen radiológico completo que establezca que no hay inestabilidad de Atlanto-axial. tengo que tener la evaluación radiológica antes de participar en los deportes cabalistas, gimnasia, Buceo, pentatlón, natación de maripos, buceo que empiesa en natación, saltos altos, eskar alpino, y fútbol soccer.

Permitiéndole al atleta que participe, específicamente doy mi consentimiento (durante y despues), para que usen su nombre, voz o palabras en la televisión, radio, película, periódico, revistas, y otra clase de media, con el proposito de hacer propaganda o comunicar el proposito y actividades de Las Olimpiadas Especiales y/o aplicarlo para fondos que apoyen estos propósitos y actividades.

Si, durante la participación del atleta en las Olimpiadas Especiales hay una emergencia, y no estoy presente para que se me consulte en el cuidado de atleta. Autorizo a las Olimpiadas Especiales para que tomen cualquier medida necesaria para proteger la salud y bien estar del atleta.

Soy el padre/tutor del aplicante mencionado arriba. leí y entiendo completamente las provisiones de la liberación de arriba, y explique estas provisiones al atleta. Por mi parte y por parte del atleta estoy de acuerdo con las provisiones mencionadas arriba.

Doy mi permiso para que el atleta mencionado arriba participe en los juegos de Olimpiadas Especiales, programs de recreación, y programs de actividades físicas.

Firma

Fecha