APLICACIÓN PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES DE COLORADO

Special Olympics Colorado

410 17th Street, Suite 200, Denver, CO 80202 (303)592-1361 or 1-800-777-5767
www.specialolympicsco.org

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del Programa Local : _____

de Seguro Social del Atleta _____ - _____ - _____ (si es ciudadano)

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ *Mes Día Año*

Nombre del Atleta: _____

Domicilio del Atleta: _____ # de Teléfono del Atleta _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal: E-Mail del Atleta _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ # de Teléfono del Padre _____

Domicilio de Padre/Guardián: *(si es diferente al del atleta)* _____ # de Teléfono Secundario _____

_____ E-Mail del los Padres _____

Contacto de Emergencia: *(si no es el Padre/Guardián)* _____ # de Teléfono Primario _____

Compañía de Seguro Médico/Accidental: _____ Numero de Póliza _____

HISTORIAL MÉDICO: PARA COMPLETARSE POR EL PADRE/GUARDIÁN

Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Enfermedades o defectos del corazón / presión arterial elevada	☐	☐	Alergias:
☐	☐	Dolor de pecho	☐	☐	Medicinas: _____
☐	☐	Convulsiones / epilepsia / desmayos	☐	☐	Comida: _____
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Picadura/Mordida de insecto: _____
☐	☐	Conmoción o concusión / lesión severa en la cabeza	☐	☐	Dieta Especial
☐	☐	Cirugía mayor o enfermedad grave	☐	☐	Asma
☐	☐	Insolación / agotamiento por calor	☐	☐	Uso de Tabaco
☐	☐	Ceguedad / problemas de la vista	☐	☐	Facilidad de Sangrar
☐	☐	Lentes de contacto / anteojos	☐	☐	Emocional / psiquiátrico / conducta
☐	☐	Perdición de audición / aparato de audición (audífono)	☐	☐	Anemia y/o herencia de células falciformes (sickle cell)
☐	☐	Problemas de articulación o de los huesos	☐	☐	Inmunizaciones actualizadas
Fecha más reciente de inmunización del Tétano_____/_____/_____			☐	☐	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 Colorado requiere un examen radiológico completo para establecer la ausencia de instabilidad Atlanto-axial antes de que pueda participar en deportes o eventos que por su naturaleza, pueden resultar en hiperextensiónn, 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, eskí alpino, tabla de nieve (*snowboard*), levante agachado de pesas, y competencias en equipo de futbol.

Sí	No	
☐	☐	¿Se ha hecho una evaluación radiológica para instabilidad Atlanto-axial?
☐	☐	De ser así, ¿fue positivo para instabilidad 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 (*Olimpíadas 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 Colorado (*Olimpiadas Especiales de Colorado*). 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 Colorado. 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 instabilidad 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 Colorado 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 Colorado 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 Colorado y no puedo dar mi consentimiento, por cualquier razón, autorizo a Special Olympics Colorado 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 Colorado.

_____ _____

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

WHITE – State Copy YELLOW – Area Copy PINK – Coach Copy

***** **ESTA FORMA MÉDICA SE VENCE EN TRES AÑOS** *****