

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA



Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales: _____

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción? Atleta Nuevo Reinscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA		
Nombre:	Segundo Nombre:	
Apellidos:	Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Raza/Origen Étnico (Opcional):		
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio American	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Mestizo (dos o más Razas)
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino (especifica el grupo de origen: _____)	
Idioma(s) Habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional): Marca todos los que correspondan		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro(s) (por favor especificalo(s): _____)		
Dirección. Calle y número:		
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:		
Patrón o Empleador del Atleta, si lo hubiere (Opcional):		
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio Si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:		
Relación o Parentesco:		
<input type="checkbox"/> La misma información de contacto del Atleta		
Dirección. Calle y número:		
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
<input type="checkbox"/> La misma del Familiar o Tutor		
Nombre:		
Teléfono:	Relación o Parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO		
Nombre del Médico:		
Teléfono del Médico:		
Compañía Aseguradora:	Número de Póliza de Seguro:	
Número de Seguro Colectivo:		



Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
2. **Autorización para el Uso de Referencias a mi Persona.** Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los Juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics") para usar alusiones a mi persona; fotografías y vídeo en los que yo aparezco; mi nombre, mi voz y mis palabras, para propósitos de promoción de los Juegos Olimpiadas Especiales y para recaudar fondos para actividades de Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de Conmoción Cerebral y Otros Tipos de Lesión.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deporte después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que si he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión, requeriré autorización de un doctor para volver a practicar deporte, y que quizás necesite dejar de practicar deporte por 7 días o más.
4. **Cuidados de Emergencia.** Si me viera imposibilitado, o mi tutor no estuviera disponible, para autorizar que se me administren cuidados médicos o tomar decisiones en caso de emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a administrarme cuidados médicos, a menos de que yo marque uno de los siguientes cuadros:
 - Tengo objeciones religiosas o de otro tipo para recibir tratamientos médicos. (No común)
 - No autorizo me sean administradas transfusiones sanguíneas. (No común)

(Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
5. **Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración.
6. **Programas de salud** Si decido ser parte de algún programa de salud, estoy de acuerdo en participar en las actividades respectivas y en someterme a las pruebas y tratamientos correspondientes. Estas actividades, pruebas y tratamientos no sustituyen a los cuidados médicos de cabecera que pudiera yo necesitar. Tendré la posibilidad de rechazar cualquier tratamiento u otro tipo de actividad en cualquier momento que lo desee.
7. **Información Personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá mi información personal para que pueda yo participar, y que esta información incluye mi nombre, imagen, domicilio, número telefónico, expedientes y otros datos médicos, y otra información que me identifique personalmente, que yo he proporcionado a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
 - Utilizar mi información personal para cerciorarse de que califico para participar y puedo hacerlo con seguridad; llevar a cabo eventos y sesiones de entrenamiento; publicar resultados de las competencias (incluyendo en sitios web y medios electrónicos); administrar cuidados médicos, si participo en un programa de salud; analizar datos para perfeccionar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes en los Juegos Special Olympics; realizar operaciones informáticas, pruebas, controles de calidad, y otras actividades relacionadas; y suministrar servicios relacionados con los eventos.
 - Utilizar mi información personal para elaborar un perfil de mi persona para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo enviarme comunicados directos de marketing digital vía correo electrónico, SMS, redes sociales y otros canales.
 - Compartir mi información personal con (i) investigadores, socios de negocios, agencias de sanidad pública y otras organizaciones que realicen investigación sobre discapacidades intelectuales y el efecto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) especialistas médicos en caso de emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, para ayudarme a obtener los visados para viajes internacionales que sean necesarios para asistir a eventos de Special Olympics, y para cualquier otro propósito destinado a proteger la seguridad pública, y responder a cualquier solicitud gubernamental de información que disponga la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con oficinas centrales en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en algún país distinto al mío, donde resido, incluyendo los Estados Unidos de América. Entiendo que estos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que el de mi país de residencia y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos de América rijan el procesamiento que se hará de mi información personal tal como se autoriza en este formulario.
 - Tengo el derecho de, a mi solicitud, ver mi información personal, o de que se me mantenga al tanto de cuál es la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de solicitar corrección o eliminación de mi información personal, y de restringir el procesamiento que se haga de la misma si resultara incongruente con la autorización que aquí doy,
 - *Divulgación de Información Personal.* La información personal podrá divulgarse de conformidad con el presente formulario y tal como lo detalla la política de privacidad de Special Olympics, disponible en www.SpecialOlympics.org/Privacy_Policy.aspx.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.	
Firma del Atleta:	Fecha:
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del Familiar o Tutor:	Fecha:
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco:



Nombre y apellido del atleta: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento del atleta (mm/dd/aaaa): _____

Femenino Masculino

Programa estatal: _____

E-mail: _____

AFECCIONES ASOCIADAS- El atleta tiene (marque lo que corresponda):

- Autismo Síndrome de Down Síndrome X frágil
 Parálisis cerebral Síndrome alcohólico fetal
 Otro síndrome, por favor especifique: _____

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS

- No se conocen alergias
 Látex
 Medicación:
 Mordeduras o picaduras de insectos:
 Alimentos:

DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):

- Soporte ortopédico Colostomía Dispositivo de comunicación
 Máquina CPAP Muletas o andador Dentaduras
 Anteojos o lentes de contacto Sonda gástrica o sonda en J Audífono
 Dispositivo implantado Inhalador Marcapasos
 Prótesis removible Férula Silla de ruedas

Indique cualquier necesidad dietética especial: _____

PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Indique todos los deportes de Olimpiadas Especiales en los que el atleta desea jugar:

¿Ha limitado un médico alguna vez la participación del atleta en un deporte?

- No Sí *Si indicó "sí", por favor describa: _____*

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS

Indique todas las cirugías que ha tenido: _____

¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad?

- No Sí *Si indicó "sí", por favor describa: _____*

¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? *Si indicó "sí", describa la fecha y los resultados*

- Sí, tuvo un ECG anormal
 Sí, tuvo una ECO anormal

¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? No Sí

HISTORIAL DE EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES

Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones No Sí

Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión: _____

Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último año? No Sí

SALUD MENTAL

Conducta autolesiva durante el último año No Sí **Depresión (diagnosticada)** No Sí

Conducta agresiva durante el último año No Sí **Ansiedad (diagnosticada)** No Sí

Describa cualquier problema de salud mental adicional: _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco antes de los 50 años de edad? No Sí

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

Indique todas las afecciones médicas que existen en la familia del atleta: _____



Nombre y apellido del atleta: _____

¿ALGUNA VEZ SE LE DIAGNOSTICÓ O EXPERIMENTÓ EL ATLETA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?								
Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	ACV/AIT	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Mareos durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Nivel elevado de colesterol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Conmociones cerebrales	<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 ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Bazo agrandado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Latidos de corazón irregulares, acelerados u omitidos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Riñón único	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Molestia urinaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Defecto cardíaco congénito	<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
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Anemia drepanocítica (celulas falciformes)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad por calor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Valvulopatía cardíaca	<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 del corazón	<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	Si es una atleta femenina, indique la fecha del último periodo menstrual:					
Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó "sí" para cualquier de estos cambios previamente):								
Indique cualquier otra afección médica actual o pasada:								

Síntomas neurológicos para la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial					
Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Inclinación de la cabeza	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Espasticidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Parálisis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)								
Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día

¿Puede el atleta administrarse su propia medicación? No Sí

* _____

Nombre de la persona que completa este formulario	Relación con el atleta	Teléfono	E-mail
---------------------------------------------------	------------------------	----------	--------

Formulario Médico del Atleta – EXAMEN FÍSICO

(Debe ser completado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Debe ser completada por un Profesional Médico Certificado, calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno	Presión arterial (en mmHg)		Visión
cm	kg	IMC	C			PA derecha:	PA izquierda:	Visión derecha - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F					Visión izquierda - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D

Audición derecha (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar
 Audición izquierda (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar
 Canal auditivo derecho Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Canal auditivo izquierdo Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Tímpano derecho Despejado Perforación Infección NA
 Tímpano izquierdo Despejado Perforación Infección NA
 Higiene bucal Buena Regular Deficiente
 Agrandamiento de la tiroides No Sí
 Agrandamiento de nódulos linfáticos No Sí
 Soplo del corazón (supina) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Soplo del corazón (vertical) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Ritmo cardíaco Regular Irregular
 Pulmones Despejados No despejados
 Edema en la pierna derecha No 1+ 2+ 3+ 4+
 Edema en la pierna izquierda No 1+ 2+ 3+ 4+
 Simetría del pulso radial Sí D>I I>D
 Cianosis No Sí, describa
 Dedos hipocráticos No Sí, describa

Sonidos intestinales Sí No
 Hepatomegalia No Sí
 Esplenomegalia No Sí
 Sensibilidad abdominal No CSD CID CSI CII
 Sensibilidad renal No Derecho Izquierdo
 Reflejo del miembro superior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro superior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Marcha anormal No Sí, describa abajo
 Espasticidad No Sí, describa abajo
 Temblor No Sí, describa abajo
 Movilidad del cuello y la espalda Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros superiores Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros inferiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros superiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros inferiores Plena No plena, describa
 Pérdida de sensibilidad No Sí, describa abajo

COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (IAA) (Seleccione una)

- El atleta no muestra NINGUNA EVIDENCIA de síntomas neurológicos o manifestaciones físicas asociadas con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial. **O**
- El atleta tiene síntomas neurológicos o manifestaciones físicas que podrían asociarse con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial, y **deberá tener una evaluación neurológica adicional** para descartar el riesgo adicional de una lesión de la médula espinal antes de ser autorizado a participar en deportes.

AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (DEBE SER COMPLETADO SOLO POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise los ítem del historial médico con el atleta o su tutor antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, por favor haga una remisión abajo y el segundo médico de la remisión deberá completar la página 4.

- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones.
- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON** restricciones. Describa →
- Este atleta **NO PODRÁ** participar en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento, y **DEBERÁ** ser tener una evaluación adicional de un médico por las siguientes inquietudes:
- Con relación al examen cardíaco Infección aguda Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- Con relación al examen neurológico Hipertensión de etapa 2 o mayor Hepatomegalia o esplenomegalia
- Otro, por favor describa:

Notas adicionales del Examinador Certificado y seguimiento recomendado (pero no exigido):

- Seguimiento con un cardiólogo Seguimiento con un neurólogo Seguimiento con un médico de cabecera
- Seguimiento con un especialista de la visión Seguimiento con un especialista de la audición Seguimiento con un dentista o higienista dental
- Seguimiento con un podólogo Seguimiento con un terapeuta físico Seguimiento con un nutricionista
- Otro/Notas del examen:

Firma del Profesional Médico Certificado	Nombre:
	E-mail:
	Teléfono:
	Número de licencia:
Fecha del examen	