

APLICACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA EN EL PROGRAMA DE SPECIAL OLYMPICS IDAHO

Válido por un plazo de tres (3) años

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Nombre del equipo: _____ | | Indicar: APLICACIÓN NUEVA <input type="checkbox"/> o, RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> | |
| # de Social Security del atleta _____ | (p/ ciudadanos de los EUA) | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mes / día / año) _____ |
| Nombre del atleta _____ | | # teléfono del atleta (domicilio) _____ | |
| Dirección del atleta _____ | | | |
| Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ | | # teléfono principal del padre _____ | |
| Nombre del padre/tutor _____ | | # teléfono alterno del padre _____ | |
| Dirección del padre/tutor (si es distinto de la dirección del atleta) _____ | | | |
| Persona a contactar en caso de emergencia (si es distinto del padre/tutor) _____ | | # teléfono del contacto de emergencia _____ | |
| Compañía de seguros (seguro médico/seguro de accidente) _____ | | # Número de la póliza de seguro _____ | |

HISTORIA MÉDICA: A RELLENAR POR EL PADRE/RESPONSABLE O ATLETA MAYOR DE EDAD

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Enfermedad cardíaca / defecto cardíaco / presión alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Dolor torácico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicinas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Convulsiones / epilepsia / desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comidas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mordidas de insectos: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Concusión o lesión grave a la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dieta especial _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Cirugía importante o enfermedad grave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Asma _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpe de calor / extenuación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de tabaco _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | *Ceguera / problema de visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento fácil _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lentes de contacto / anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas emocionales / psiquiátricos / de comportamiento _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de oído / uso de audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condición o característica de anemia falciforme _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema con los huesos o las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunizaciones al día _____ |
| Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silla de ruedas _____ |
| mes ____ / día ____ / año ____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro <small>usar el revés de la hoja si lo necesita</small> _____ |

(*) Requiere examen médico

Medicamento(s):

Favor de indicar en letra de imprenta, el nombre, la dosis, la fecha en la cual fue prescrita, y el horario de tomarlo(s)

| Nombre del medicamento | Dosis | Fecha prescrita | Horario | Nombre del medicamento | Dosis | Fecha prescrita | Horario |
|------------------------|-------|-----------------|---------|------------------------|-------|-----------------|---------|
| 1. | | | | 5. | | | |
| 2. | | | | 6. | | | |
| 3. | | | | 7. | | | |
| 4. | | | | 8. | | | |

Firma del padre/responsable/atleta mayor de edad: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Rev: 04/25/02

EVALUACIÓN DE LA SUBLUXACIÓN ATLANTO-AXIAL P/ ATLETAS CON SÍNDROME DOWN

NOTAR: Si el atleta presenta el Síndrome Down, Special Olympics exige un examen radiológico completo para establecer la ausencia de la Subluxación Atlanto-Axial, antes de que el atleta participe en los deportes o los eventos en los cuales pueda ocurrir una hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o en la parte superior de la columna vertebral. Este examen es obligatorio antes de la participación del atleta con Síndrome Down en los siguientes deportes o eventos: judo; equitación; gimnasia; pentatlón y salto alto en atletismo; zambullidas, estilo mariposa y salidas en clavado en natación; esquí alpino; snowboarding; levantamiento en cuclillas, en pesas; competición de equipo en fútbol (=soccer).

Sí No

- Se ha hecho un examen radiológico para determinar la presencia de la Subluxación Atlanto-Axial?
 Si se ha hecho, fue positivo? (En el caso de positivo, el examen indica que el intervalo Atlanto-Dens es de 5mm o mayor)

EXAMEN MÉDICO

Presión sanguínea: ____/____ Peso: ____ Talla: ____ Frecuencia cardíaca: ____/____

Normal / Anormal

-

Visión
Oído
Boca / área bucal
Cuello
Extremidades

Normal / Anormal

-

Sistema cardiovascular
Sistema respiratorio
Sistema gastrointestinal
Sistema genitourinario
Piel

Normal / Anormal

-

Nervios craneales
Coordinación
Reflejos

Otros: _____

Etiología primaria de retardo mental / Categoría
(si se conoce): _____

Yo he revisado la información precedente sobre la salud, y he llevado a cabo este examen médico del atleta dentro de los últimos 6 meses. Certifico que el atleta puede participar en el programa de Special Olympics.

RESTRICCIONES:

CERTIFICADO DE COMPORTAMIENTO

Para poder proporcionar un medio ambiente seguro para todos los atletas, voluntarios y empleados de Special Olympics Idaho, la organización tiene la política de excluir de todos los programas de Special Olympics Idaho a las personas con antecedentes de comportamiento sexual anormal o de actos de violencia. Los actos de violencia que obligarán la exclusión del individuo, son aquellos que presentan un riesgo serio de que un perjuicio físico será infligido por este individuo en otra persona, que se ha visto en el comportamiento que ya ha causado tal perjuicio.

A su entender, este atleta en cualquier momento ha manifestado: comportamiento violento? **SÍ** **NO**
comportamiento sexual anormal? **SÍ** **NO**

Favor describir, en el caso afirmativo:

FIRMA DEL EXAMINADOR: _____ Fecha ____/____/____

NOMBRE DEL EXAMINADOR
(en letra de imprenta): _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

NOMBRE DEL MÉDICO DE LA FAMILIA (si es distinto del examinador)

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____