

# Formulario de Inscripción/Autorización Médica del Atleta

(El formulario se debe completar en su totalidad; de lo contrario, se devolverá).



**Marque una opción:**  Renovación  Nuevo  Actualización **Fecha de presentación:** \_\_\_\_\_  
**A:** Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Con el objetivo de cumplir con el sistema de registro, informe y otros requisitos legales del gobierno, le solicitamos que seleccione todas las opciones que correspondan:  
 Blanco  Negro  Hispano  Indígena americano/ Nativo de Alaska  Asiático/Isleño del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

**B:** Jefe de la delegación: Jim Domer Código de la delegación: LEW10  
 Teléfono celular: 972-571-8092 Correo electrónico: domerj@aol.com  
 Dirección: 2080 Stillwater Place  
 Ciudad: Lewisville Estado: Texas Código postal: 75067

**C:** Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**D:** Persona a quien notificar en caso de emergencia  (Marcar si es la misma que la anterior)  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el atleta: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**E:** Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Examen físico	Normal / Anormal		Normal / Anormal		Normal / Anormal				
Altura del atleta: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pares craneales
Peso: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coordinación
Presión arterial: ____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejos
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel						

1. Enfermedad cardíaca/defecto cardíaco/hipertensión  Si  No  Nuevo problema
2. Dolor de pecho o desmayos  Si  No  Nuevo problema
3. Convulsiones/Epilepsia  Si  No  Nuevo problema
4. Diabetes  Si  No  Nuevo problema
5. Concusión o traumatismo craneal grave  Si  No  Nuevo problema
6. Cirugía importante o enfermedad grave  Si  No  Nuevo problema
7. Agotamiento por calor/derrame cerebral  Si  No  Nuevo problema
8. Discapacidad visual/lentes de contacto/anteojos  Si  No  Nuevo problema
9. Ceguera/problema visual grave  Si  No  Nuevo problema
10. Discapacidad auditiva/audífono/pérdida de la audición  Si  No  Nuevo problema
11. Sordera/pérdida total de la audición  Si  No  Nuevo problema
12. Trastorno óseo o articular grave  Si  No  Nuevo problema
13. Alérgico a lo siguiente: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Alimentos: \_\_\_\_\_  
 Picaduras/mordeduras de insectos: \_\_\_\_\_
14. Dieta especial: \_\_\_\_\_
15. Asma  Si  No  Nuevo problema
16. Consumo de tabaco  Si  No
17. Tendencia a sangrar con facilidad  Si  No  Nuevo problema
18. Problemas emocionales/trastorno psiquiátrico  Si  No  Nuevo problema
19. Enfermedad o rasgo de anemia drepanocítica  Si  No  Nuevo problema
20. Vacunas al día  Si  No  Nuevo problema
21. Fecha de última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
22. Síndrome de Down  Si  No  
 ¿Radiografías de la columna cervical (cuello/hueso)?  Si  No  
 Inestabilidad atlantoaxoidea  Si  No

**Recuerde:**

- Una vez que ingresa al programa, deberá presentar un historial médico actualizado y un examen físico realizado por un médico matriculado.
- Para los puntos 1 a 4 y 22 se requiere un examen físico cada 3 años.
- Se requiere un examen físico para todos los atletas que respondan "Nuevo problema" a los puntos 6 a 10.
- Los atletas deben presentar un Formulario de autorización médica cada 3 años independientemente de que se requiera o no un examen médico.

**Medicamentos recetados actuales**

- Primer medicamento: \_\_\_\_\_  
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_  
 Fecha de prescripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Segundo medicamento: \_\_\_\_\_  
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_  
 Fecha de prescripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Tercer medicamento: \_\_\_\_\_  
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_  
 Fecha de prescripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**De las siguientes opciones, marque las que correspondan:**  
 No verbal  Andador  Muletas  Silla de ruedas  Hepatitis  Derivaciones

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**

**Nota a los médicos:** Si el atleta tiene síndrome de Down, Special Olympics Texas exige que el atleta se someta a un examen radiológico completo donde se determine la ausencia de inestabilidad atlantoaxoidea antes de que pueda participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, podrían generar hiperextensión, flexión radial o presión directa en el cuello o en la parte superior de la columna. Los deportes y eventos para los que se exige tal examen radiológico son los siguientes: equitación, gimnasia, pentatlón, natación estilo mariposa, salto de trampolín en agua, salto en alto, fútbol y fútbol americano con banderines, y ejercicios de calentamiento que ejerzan una presión indebida en la cabeza o el cuello.

**Haga clic aquí:**  Revisé la información anterior, examiné al atleta que se menciona en la solicitud y certifico que no existe evidencia médica disponible que impida la participación del atleta en Special Olympics Texas.

Restricciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Asistente médico autorizado por la Junta estatal de examinadores de asistentes médicos o enfermero diplomado reconocido como enfermero de práctica avanzada por la Junta de examinadores de enfermeros.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Proporcione el nombre de la compañía aseguradora del atleta: \_\_\_\_\_

Proporcione el número de teléfono de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

**Queda entendido y convenido que:** Si el examinador se proporciona sin cargo, no se realizará un examen detallado ni completo. No debe surgir ningún tipo de relación entre médico y paciente a partir del examen. El médico, enfermero u otra persona involucrada en el examen no están obligados a proporcionar diagnóstico, tratamiento, consejos, asesoramiento ni atención de seguimiento de ningún tipo y bajo ninguna circunstancia. El hecho de que se autorice a una persona a participar en un deporte u otra actividad no significa y no se debe interpretar como opinión del médico o enfermero que la persona examinada goza de buena salud, no necesita atención médica o puede participar en cualquier deporte o en otra actividad sin que corra riesgos médicos graves. Cualquier reclamo contra el médico, enfermero u otra persona involucrada en el examen se deberá someter a arbitraje obligatorio de acuerdo con las reglas y los procedimientos de la Asociación Estadounidense de Arbitraje. La persona examinada y cualquier persona que firme en su nombre prometen eximir al médico o enfermero de todos los daños, reclamos o pérdidas, incluidas lesiones o la muerte, que pudieran surgir del examen o estuvieran relacionados con él.

**Queda entendido y convenido que:** Si el examinador se proporciona sin cargo, no se realizará un examen detallado ni completo. No debe surgir ningún tipo de relación entre médico y paciente a partir del examen. El médico, enfermero u otra persona involucrada en el examen no están obligados a proporcionar diagnóstico, tratamiento, consejos, asesoramiento ni atención de seguimiento de ningún tipo y bajo ninguna circunstancia. El hecho de que se autorice a una persona a participar en un deporte u otra actividad no significa y no se debe interpretar como opinión del médico o enfermero que la persona examinada goza de buena salud, no necesita atención médica o puede participar en cualquier deporte o en otra actividad sin que corra riesgos médicos graves. Cualquier reclamo contra el médico, enfermero u otra persona involucrada en el examen se deberá someter a arbitraje obligatorio de acuerdo con las reglas y los procedimientos de la Asociación Estadounidense de Arbitraje. La persona examinada y cualquier persona que firme en su nombre prometen eximir al médico o enfermero de todos los daños, reclamos o pérdidas, incluidas lesiones o la muerte, que pudieran surgir del examen o estuvieran relacionados con él.

**Participación:** Por el presente doy mi permiso para que el participante antes mencionado tome parte en cualquier actividad o evento de las Olimpiadas Especiales. Comprendo que la participación a nivel local o regional no garantiza el avance a los Juegos Estatales ni a los Juegos Mundiales. Los atletas deben inscribirse mediante este formulario de autorización antes de comenzar cualquier tipo de entrenamiento.

**Declaración médica:** Manifiesto y garantizo que el atleta posee aptitud física y mental para participar en Special Olympics Texas.

**Exención de responsabilidad:** En nombre del atleta y de mi persona, reconozco que el atleta utilizará instalaciones bajo su propia responsabilidad, y que yo, en mi propio nombre, eximo a los médicos, organizadores, funcionarios, directores, agentes o empleados de Special Olympics Texas de todo reclamo por daños o demanda por lesiones, enfermedad o daños de cualquier tipo a la persona o la propiedad del atleta o mía.

**Hospitalización:** Si no me encuentro presente en el evento en el que competirá el atleta para que se me consulte en caso de emergencia, autorizo, en mi nombre y bajo mi responsabilidad, a que tomen medidas y dispongan del tratamiento médico y hospitalario que consideren adecuados para la salud y el bienestar del atleta.

**Medios de comunicación:** Al permitir que el atleta participe, específicamente doy mi permiso para que utilicen el nombre, la imagen, la voz y las palabras del atleta en televisión, radio, películas, periódicos, revistas, páginas web y otros medios de comunicación, y en cualquier forma no descrita aquí, con el propósito de publicitar o comunicar los fines y las actividades de Special Olympics Texas y como recurso de recaudación de fondos para solventar tales actividades.

**Política de alojamiento de SOTX:** Para cualquier viaje que requiera pasar la noche fuera del hogar, se exige el alojamiento de atletas y acompañante del mismo sexo en una proporción de 4 a 1 (consulte la página N-8 de SIG para obtener información completa). No se debe alojar juntos a atletas o voluntarios de diferente sexo. Las únicas excepciones son las siguientes: si los atletas/voluntarios están casados o si un familiar del sexo opuesto es el acompañante. Los Ayudantes unificados menores de 17 años se deben incluir en la proporción como participantes que necesitan un acompañante.

**Marque una opción:**  Padre  Tutor  Atleta (si es mayor de 18 años)

Firma del padre/tutor/atleta: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Indique los deportes en los que competirá el atleta: \_\_\_\_\_

**Todos los entrenadores serán responsables de tener en su posesión Formularios de solicitud de participación actualizados en los eventos de entrenamiento y competencia, y durante los traslados y los viajes.**