

# 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: \_\_\_\_\_

Nombre del Atleta \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del atleta) \_\_\_\_\_

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

Compañía de Salud/Accidentes \_\_\_\_\_

Sexo / Genero \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_

Pollea # \_\_\_\_\_

	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"/>	
5. 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) murio del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ceguera/ceguera en un ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Falta de un riñon o testiculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Conmocion o heridas graves de la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Operación grave o enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Insolación/agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Problemas que Interferan con la participación en deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lista: \_\_\_\_\_

	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 especifica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina _____		
Comidas _____		
Piquetas de insectos _____		
16. Dieta especial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ejercicio que induce resuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sangre facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problema emocional/psiquiatrico/ comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Desorden de hueso/collontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Característica de oslula hos o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Aparato para sordo/pérdida 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 (estan al corriente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fecha de la ultima vacuna del tetano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS - Por favor imprima el nombre del medicamento, dosis, fecha de la prescripción y numero 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 \_\_\_\_\_

A physical examination performed by a licensed examiner is required for initial participation  
 Created by the Joseph P. Kennedy, Jr. foundation for the Benefit of Citizens with Mental Retardation

## 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 emplea en natación, saltos altos, eskar alpino, y fútbol soccer.

Las Olimpiadas Especiales tienen mi permiso, (durante y después), para que usen mi nombre, voz o palabras en la televisión, radio, película, periódico, revistas, y otra clase de media, con el propósito de hacer propaganda o comunicar el propósito 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, leé 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 he 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 términos.

Nombre (Imprima): \_\_\_\_\_

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/tutor 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 repasa la información de salud en la aplicación del atleta. Entiendo que si el atleta tiene Síndrome Down él/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 emplea en natación, saltos altos, eskar alpino, y fútbol soccer.

Permitiéndole al atleta que participe, específicamente doy mi consentimiento (durante y después), para que usen su nombre, voz o palabras en la televisión, radio, película, periódico, revistas, y otra clase de media, con el propósito de hacer propaganda o comunicar el propósito 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 explico 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, programas de recreación, y programas de actividades físicas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha