

SOLICITUD PARA PARTICIPAR (Formulario Médico)
(Debe ser completado y firmado cada 3 años por un examinador licenciado)



DISTRITO: _____ **Escuela/Agencia:** _____

NSS: _____ / _____ / _____

Medida de camiseta: Niño: _____ o Adulto: _____

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____ **SEXO** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

M o F _____ mes/ día / año _____

Domicilio _____ / _____ / _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la casa (____) _____

Padre/Tutor _____

Dirección (si es diferente) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Contacto de Emergencia (diferente de padre/tutor) _____ Teléfono para Emerg. (____) _____

Compañía Aseguradora de Salud _____ Nro de Póliza _____

Firma del padre/tutor/atleta adulto que firma el formulario _____

PARA LOS ATLETAS CON SÍNDROME DE DOWN – A las personas con Síndrome de Down se les deberá tomar una radiografía lateral del sector cervical de la columna en hiperflexión e hiperextensión. La interpretación de las radiografías deberá incluir mediciones del intervalo atlanto-dens

Sí No ¿Se ha hecho una evaluación de las radiografías para observar la inestabilidad atlanto axial?

Sí No Si se hizo, ¿dio positivo para la inestabilidad atlantoaxial ? (el positivo indica que el intervalo atlanto-dens es de 5 mm o más)

HAY EN LA ACTUALIDAD, O HAY ANTECEDENTES DE (a ser completado por el padre/administrador):

- | | | |
|--|--|---|
| Problemas cardíacos/Alta presión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fumador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas emocionales/ psiquiátricos/ o de conducta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía mayor o enfermedad grave <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asma/ problemas respiratorios al esforzarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ataques epilépticos/ Desmayos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque cerebral/Agotamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Lentes de contacto/anteojos/prótesis dentales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemorragias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Golpes en la cabeza/historial de concusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Audífonos/Problemas de audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de huesos/articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Inmunizaciones (vacunas) al día <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ceguera/Problemas de visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dietas especiales (listar abajo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Falta de un riñón o testículo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Año de la última vacuna del tétano _____ |

Otros problemas que puedan interferir en la participación _____

Alergia a lo siguiente (especificar): _____

Alimentos _____ Picaduras de insectos _____

Medicinas _____

MEDICINAS

Nombre del remedio	Dosis	Fecha receta	Veces por día	Nombre del remedio	Dosis	Fecha receta	Veces por día

EXAMEN FÍSICO

- | | | | |
|-------------------------|---|---|---|
| Presión sanguínea _____ | Visión <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Boca <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Sistema cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |
| Pulso _____ | Audición <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Extremidades <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |
| Peso _____ | Cuello <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Coordinación <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Sistema gastrointestinal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |
| Altura _____ | Piel <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Reflejos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Sistema genitourinario <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | Nervios craneales <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |

Otros: _____

MR Primario Etiología/Categoría _____

He revisado la información mencionada arriba y he examinado al atleta mencionado en este formulario y certifico que no hay evidencia médica que yo haya visto que impida la participación de este/a atleta en las Olimpiadas Especiales.

Restricciones _____

Nombre del examinador: _____ Certificación: MD DO DC PA ARNP

FIRMA DEL EXAMINADOR _____ **FECHA:** _____