

Formas de Registro Del Atleta/Permiso de Información Medica
(ESTA HOJA SOLO DETRADUCCION FOR FAVOR COMPLETE LA FORMA MEDICA
DE INGLES Y FORMA DE REGISTRO DEL ATLETA DE INGLES)

Este forma debe completarse en su totalidad o será regresada

Marque uno: Renovación Nuevo Actualice Fecha de sumisión: _____

A: Atleta: _____ Tel.; (____) _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Únicamente ayudarnos nos conformamos con mantener de registro de gobierno, informar y otros requisitos legales cheque de suplicas lo que aplica.

Anglo Negro Hispánico Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño Pacifico Otro _____

B: Jefe de la Delegación: _____ Clave de Delegación: _____

Tel. por la casa (____) _____ Tel. por el trabajo (____) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

C: Nombre del padre/guardián: _____

Tel. por la casa (____) _____ Tel. por el trabajo (____) _____ Lugar de Trabajo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

D: En caso de emergencia notifica a: (Indique si la información es la misma ya mencionada.)

Nombre: _____ La relación al Atleta: _____

Tel. por la casa (____) _____ Tel. por el trabajo (____) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

E: El nombre de Persona que Completa esta Forma _____

EXAMEN FISICO

Altura: _____	Normal/Anormal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión	Normal/Anormal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El Sistema Cardiovascular	Normal/Anormal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los Nervios de Craneal
Peso: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oír	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coordinación			
Pensión de la sangre: ____/____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cavidad Oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los Reflejos			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitourinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La Piel					

<p>1. Enfermedades del corazón/prisión arterial elevada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Dolor en el pecho o desmallos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Convulsiones/epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Se han tomado rayos-x de la columna cervical <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Instabilidad Atlantoaxial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>6. Ceguera/ Problemas visuales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>7. Ausencia de un riñón o testículo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>8. Contusiono lesión severa en la cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>9. Cirugía mayor o enfermedades severas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>10. Insolación/agotamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p>	<p>NOTA</p> <p>* UNA HISTORIA CLINICA Y UN EXAMEN FISICO ACTUALIZADO REALIZADOS PRO UN MEDICO PRACTICANTE CON LICENCIA SON REQUERIDOS AL ENTRAR EN ESTE PROGRAMA.</p> <p>* UN EXAMEN FISICO SE REQUIERE CADA TRES ANOS PARA LOS ATLETAS QUE RESPONDAN "SI" EN LAS PREGUNTAS 1-5.</p> <p>* UN EXAMIN FISICO SE REQUIERE PARA TODOS LOS ATLETAS QUE RESPONDAN CON "PORBLEMA NUEVO" EN LAS PREGUNTAS 6-10.</p> <p>* LOS ATLETAS DEBERAN SOMETER UNA FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA DAR A CONOCER LA INFORMACION MEDICA CADA TRES ANOS INDEPENDIEMENTE DE QUE UN EXAMEN MEDICO SEA OR NO NECESARIO.</p>
<p>11. Algún otros problemas que pudiera interferir en la participación deportiva</p> <p>12. Impedimento en la habilidad motora <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>13. Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>14. Alérgico al siguiente:</p> <p>Medicinas _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>Comidas _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>Insecto piá o muerde _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p>	<p>Prescripciones Medicas Actualizadas</p> <p>* Medicamento 1 _____</p> <p>Cantidad _____</p> <p>Dosis _____</p> <p>Fecha de la prescripción ____/____/____</p>
<p>15. El Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>16. Tendencia a sangrar fácilmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>17. Problemas emocionales/siquiátricas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>18. Problemas severos del los huesos/articulaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>19. Enfermedad de células en Hoz (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema Nuevo</p>	<p>* Medicamento 2 _____</p> <p>Cantidad _____</p> <p>Dosis _____</p> <p>Fecha de la prescripción ____/____/____</p>
<p>20. Lentes de contacto/lentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>21. Aparato de audición/perdida de la audición <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema nuevo</p> <p>22. Inmunizaciones actualizadas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problema Nuevo</p> <p>23. Fecha de la ultima vacuna para el Tétano ____/____/____</p>	<p>* Medicamento 3 _____</p> <p>Cantidad _____</p> <p>Dosis _____</p> <p>Fecha de la prescripción ____/____/____</p>

CERTIFICADO MEDICO

Nota a los Doctores: si el atleta presenta Síndrome de Down, Las Olimpiadas Especiales (Special Olympics) requieren que al atleta se le realice un examen radiológico completo que establezca la ausencia de inestabilidad Atlantoaxial antes de que el/ella puedan participar en deportes o eventos los cuales, por su naturaleza, pueden resultar en hiperextension, flexión radial, o presión directa sobre el cuello o la columna Cervical. Los deportes y eventos para los cuales dicha examinacion se requiere son los siguientes: deportes ecuestres, gimnasia, clavados, pentatlón, nada de mariposa, comienzo de la natación con clavado, salto de altura, balón-pie y esquí alpino.

MARCAR he revisado la información arriba mencionada y he examinado al atleta cuyo nombre aparece en esta solicitud, y certifico que no hay evidencia médica active para mí, la cual impida al atleta su participación en las Olimpiadas Especiales (Special Olympics)

Restricciones: _____

Nombre del Medica: _____

Ayudante de Medico que está licenciado del "State Board of Phusician Assistant Examiners" o un enfermero registrado que es reconocido como un enfermero avanzado de practica del "Board of Nurse Examiners."

FIRMA DEL MEDICO: _____ FECHA: ____/____/____

Direccion: _____

Telefono: _____

El nombre de la compañía de seguros de medical de atleta: _____

El teléfono de la compañía de seguros de medical: _____

QUEDA ENTENDIDO Y APROBADO QUE: el examen se hace sin cargos Y no pretende ser un examen completo ni exhaustivo. No debe surgir ninguna relación entre el medico y el paciente a raíz del examen. El doctor, la enfermera a alguna otra persona involucrada en el examen no tiene obligación alguna de dar ningún diagnostico, tratamiento, consejo, consulta o seguimiento bajo ninguna circunstancia. Aun cuando la persona este justificada a autorizada a participar en cualquier deporte u otra actividad, eso no significa y no debe interpretarse como la opinión del doctor a la enfermera el que la persona autorizada este sana, que no necesita de ningún cuidado a que pueda participar en cualquier deporte u otra actividad sin correr serios riesgos médicos. Cualquier demanda contra el doctor, la enfermera, u otra persona involucrada en el examen se someterá al arbitraje obligatorio de acuerdo con las reglas y procedimientos de la American Arbitration Association. La persona examinada y la persona que firme en su representación prometen indemnizar al doctor a la enfermera de todos y cada uno de los danos,, demandas a perdidas, incluyendo lesión a muerte, que supuestamente surjan de a se relacionen de cualquier manera con el examen.

PARTICIPACION: Yo, el que suscribe par esta media doy mi permiso para que el participante arriba mencionado participe en cualquiera de las actividades a eventos de cualquier clase de las Olimpiadas Especiales (Special Olympics) Yo entiendo que la participación al nivel local a del Área no garantiza el avance a Juegos Estatales a Mundiales. Todos los atletas deben ser registrados utilizando esta forma de consentimiento antes del entrenamiento de cualquier atleta.

WDICO: Yo represento y garantizo a ustedes que el atleta Este física y mentalmente apto para participar en las Olimpiadas Especiales de Texas.

RENUNCIA: A nombre del atleta y de mí mismo, acepto qua el atleta utilizara las instalaciones a su propio riesgo. Y yo, a mi nombre par esta media, libero, y exonero a los doctores, organizadores, oficiales, directores, agentes, y empleados de Olimpiadas Especiales de Texas (Texas Special Olympics) toda responsabilidad par lesión a la persona o daño a la propiedad, tanto mía como del atleta.

HOSPITALIZACION: Si no estoy personalmente presente en el evento en que el atleta competirá para que se me pueda consultar en caso de necesidad, están ustedes autorizados par mi parte y por mi cuenta a tomar medidas y arreglar el tratamiento médico y hospitalario de la manera que consideren conveniente para la salud y bienestar del atleta.

MEDIOS DE COMUNICACION: Al permitir la participación del atleta, doy a ustedes; permiso expreso de utilizar el nombre, la imagen, la voz y las palabras del atleta en televisión, radio, películas, periódicos, revistas y otras medias de comunicación y en cualquier otra forma que no haya sido descrita aquí con el objeto de anunciar a comunicar los propósitos y actividades de Olimpiadas Especiales (Special Olympics) y en la solicitud de fondos de apoyo para tales actividades

Indique: Padre Guardián Atleta (sí tiene mas de 18 años)

Firma: _____

Escribe el Nombre de la persona indicada: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Indique los deportes en el que participara el atleta: _____