

Formulario Médico / de Exoneración Olimpiadas Especiales de Kansas

A fin de poder participar en las Olimpiadas Especiales de Kansas, es necesario que el formulario médico / de exoneración actualizado del participante se encuentre en los archivos de la Oficina Central de SOKS, 5280 Foxridge Drive, Mission, Kansas 66202 y en posesión del entrenador antes de participar en cualquier evento/entrenamiento/competición de Olimpiadas Especiales.

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

EQUIPO: _____	Nro.: _____	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
Nombre completo: _____	<input type="checkbox"/> Masculino	
	<input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio: _____	Teléfono particular: _____	() _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____	E-mail del padre: _____	
Nombre del padre/tutor: _____	Teléfono principal del padre: _____	() _____
Domicilio del padre/tutor (si no coincide con el del deportista) _____	Teléfono alternativo/celular del padre: _____	() _____
	Empleador del padre: _____	
Contacto de emergencia (si no es el padre/tutor) _____	Teléfono/celular para emergencia: _____	() _____
Seguro de salud/accidentes: _____	Política Nro.: _____	

PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Autorizo al participante nombrado anteriormente a participar en las Olimpiadas Especiales. A mi leal saber y entender, el deportista se encuentra física y mentalmente capacitado para participar en las Olimpiadas Especiales y se ha dado a conocer la historia clínica completa del participante al médico cuya firma aparece a continuación.

El participante utilizará las instalaciones a su propio riesgo y el padre/tutor, en su nombre, exonera y se compromete a mantener indemne a Olimpiadas Especiales de toda responsabilidad por daños presuntos a personas o daños presuntos a la propiedad de sí mismo y el solicitante.

Por la presente autorizo de manera irrevocable a Olimpiadas Especiales para grabar la imagen y/o la voz del participante para su uso en la televisión, el cine, la radio o medios impresos para promover las Olimpiadas Especiales.

Si no estoy presente personalmente en las actividades de Olimpiadas Especiales, en caso de necesidad, se le autoriza, en mi nombre y por mi cuenta, para tomar las medidas y coordine el tratamiento médico y hospitalario que estime conveniente para la salud y el bienestar del participante.

HISTORIA CLÍNICA: PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE / CUIDADOR

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Enfermedad del corazón / cardiopatía / presión arterial alta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Dolor en el pecho</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Convulsiones / epilepsia / desmayos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Diabetes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Cirugía mayor o enfermedad grave</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Ceguera / problema visual</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>*Asma</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Golpe de calor / agotamiento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Lentes de contacto / anteojos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Pérdida de la audición / audífonos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Problema en los huesos o las articulaciones</td> </tr> </table> <p>Fecha de la vacuna contra el tétanos más reciente ____/____/____ (* Requiere examen físico (mes / día / año)</p>	Sí	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Enfermedad del corazón / cardiopatía / presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Convulsiones / epilepsia / desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Cirugía mayor o enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Ceguera / problema visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe de calor / agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentes de contacto / anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición / audífonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema en los huesos o las articulaciones	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 90%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Alergias: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Medicamento: <u>(en inglés)</u> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Alimento: <u>(en inglés)</u> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Picaduras de insectos: <u>(en inglés)</u> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Régimen especial _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Consumo de tabaco _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Sangrado fácil _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Emocional / psiquiátrico / conductual _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Células falciformes o enfermedad _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Vacunas al día _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Silla de ruedas _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Otros: <u>(en inglés)</u> _____</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">(si necesita más espacio, use el reverso):</p>	Sí	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento: <u>(en inglés)</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimento: <u>(en inglés)</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos: <u>(en inglés)</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régimen especial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emocional / psiquiátrico / conductual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Células falciformes o enfermedad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacunas al día _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: <u>(en inglés)</u> _____
Sí	No																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Enfermedad del corazón / cardiopatía / presión arterial alta																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Dolor en el pecho																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Convulsiones / epilepsia / desmayos																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Diabetes																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Cirugía mayor o enfermedad grave																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Ceguera / problema visual																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Asma																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe de calor / agotamiento																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentes de contacto / anteojos																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición / audífonos																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema en los huesos o las articulaciones																																																																													
Sí	No																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento: <u>(en inglés)</u> _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimento: <u>(en inglés)</u> _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos: <u>(en inglés)</u> _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régimen especial _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emocional / psiquiátrico / conductual _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Células falciformes o enfermedad _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacunas al día _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas _____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: <u>(en inglés)</u> _____																																																																													

Medicación:

Indique **en inglés** el nombre del medicamento, la cantidad, la fecha de prescripción y la cantidad de dosis diarias.

Denominación	Dosis	Fecha de prescripción	Dosis diaria	Denominación	Dosis	Fecha de prescripción	Dosis diaria

NOTA: Si se presenta algún cambio significativo en la salud del deportista, éste **debe** ser examinado por un médico antes de seguir participando.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR / PARTICIPANTE ADULTO _____

SÍNDROME DE DOWN: SÍ NO

MARCAR UNA: ATLANTOAXOIDEA NEG. POS.

NOTA: Si el deportista tiene Síndrome de Down, Olimpiadas Especiales **requiere** que al deportista se le realice un examen radiológico completo para determinar el grado, si corresponde, de inestabilidad atlantoaxoidea antes de participar en cualquier deporte o evento de Olimpiadas Especiales. Puede obtener formularios de Síndrome de Down en la Oficina de SOKS.

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Los exámenes físicos sólo pueden ser llevados a cabo por un Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Doctor en Quiropráctica (DC), Asistente Médico o una Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (ARNP). Por favor escríbelo en inglés.

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial: ____/____	Peso: ____	Altura: ____
Normal/Anormal	Normal/Anormal	Normal/Anormal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Otros *(en inglés)*: _____

Etiología/Categoría de RM _____

(si se conoce, *en inglés*): _____

He revisado la información de salud que antecede y realizado el examen de este deportista en los últimos 6 meses. Por consiguiente, certifico que el mismo está apto para participar en las Olimpiadas Especiales.

RESTRICCIONES: _____

FIRMA DEL EXAMINADOR: _____ **FECHA** ____/____/____

NOMBRE DEL EXAMINADOR: _____

DOMICILIO: _____

TEL.: () _____