OLIMPIADAS ESPECIALES DE SUR CALIFORNIA
APLICACIÓN PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

Nada mas seccion A debe de ser sometida cada tres (3) anos.

SECCION A - INFORMACIÓN DE SALUD DEL ATLETA

AREA: _____ LOCAL PROGRAM: _____

Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____ Sexo ____ Fecha de nacimiento (dia/mes/ano) ____ / ____ / ____

Nombre _____

Direccion _____ Numero de casa ( )

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre de padre/guardian _____ Numero de trabajo ( )

Direccion _____ Numero de casa ( )

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Contacto de emergencia (si no es padre/madre o guardian _____ Numero de casa ( )

Compania de Salud/Seguros: _____ Numero de poliza _____

Fondo Etnico (srecional): Africano Americano [ ] Anglo [ ] Asian [ ] Hispanico [ ] Americano nativo [ ] otra nacionalidad no mencionada arriba [ ] _____

Un examen fisico hecho por un examinador licenciado es requerido cada 3 anos para atletas que contestan SI a las preguntas 1-5. Un examen es requerido cuando por primera vez marcan NUEVO en las preguntas 6-12.

	SI	NO	Nuevo
1. Enfermedad de corazon/Defecto de corazon/Alta presion			
2. Dolor de pecho/mareados			
3. Ataques epilepticos			
4. Diabetes			
5. Syndrome de Down			
Nunca le han tomado rayos x de la espina cerviz (hueso del pescuezo)			
Instabilidad de atlanto axial			
6. Alguien en su familia ha muerto de enfermedad al corazon			
7. Ausencia de vista ciego en un ojo.			
8. Ausencia de un rinon o testico			
9. Concusion o golpe serio a la cabeza			
10. Cirugia mayor o enfermedad grave			
11. Alisar de calor/agotamiento			
12. Otro problema que podria interferir con su participacion en deportes			
Listar: _____			

	SI	NO	Problema Nuevo
13. Danada habilidad de motor			
14. Usa una cilla de ruedas			
15. Alergia a lo siguiente			
Medicamento _____			
Comida _____			
Mordida de insecto _____			
6. Dieta especial _____			
Problema 17. Ejercicio causa jadear			
Nuevo 18. Sangrar facil			
19. Problems emocional/psiquiatros/conducta			
20. Trastorno serio de huezo o coyuntura			
21. Enfermedad de celula hoz			
22. Perdida de oido o usa a ayuda para oir			
23. Lentes/Lentes de contacto			
24. Dentadura postiza o dientes postizos			
25. Vacunas estan corriente			
26. Fecha de la ultima vacuna ____ / ____ / ____			

Commentarios: _____

MEDICAMENTO - Escriba en letra de molde el nombre, cantidad, fecha de prescripcio y veces al dia que debe tomar medicamento.

Persona llenando forma (normalmente es padre/madre/guardian de atlete adelto) _____ Firma _____ Fecha

SI HISTORIA ES FIRMADA POR ATLETA ADULTO - se ha revisado esta historia de salud con el atleta que ha firmado ariba.

_____ Firma _____ Fecha _____ Relación al atleta (amigo, familiar, coche)

IMPORTANTE: **Algun cabio significativo a la salud del atleta debe ser revisada por un examinador licenciado antes de seguir como participante.**

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).

BRIEF EXAM: HT_____ WT_____ PULSE _____ B.P. _____ ENT _____ HEART _____ LUNGS _____

☐ I have reviewed the above health information 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 _____

EXAMINER'S NAME _____ DATE _____

ADDRESS _____

CITY _____ ZIP _____ PHONE ( ) _____

A physical examination performed by a licensed examiner is required for initial participation

OLIMPIADAS ESPECIALES DE SUR CALIFORNIA

FORMA DE EXONERACION OFFICIAL DE OLIMPIADAS ESPECIALES

Numero de Seguro Social

Nombre _____

EXONERACION PARA SER COMPLETADA POR EL ATHLETA ADULTO

Yo, _____ tengo 18 años de edad, véase la aplicación adjunta para la participación en las Olimpiadas Especiales.

Yo declaro y garantizo que, en mi mejor conocimiento y creencia, yo estoy apto(a) fisca y mentalmente para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También declaro que un médico ha revisado la información incluida de salud en mi aplicación y ha certificado, basado en una examinación medica independiente, que no hay evidencia medica que me impide participar en las Olimpiadas Especiales. Yo entiendo que si yo tengo el Sindrome de Down, no puedo participar en eventos deportivos que por su naturaleza resultan en sobre extensión, flexión radical o presion directa sobre mi cuello o parte superior de la espina dorsal a no ser que haya tenido un exámen radiologico antes de participar en deportes de ecuestre, gimnasia, clavado, pentatlon, salto alto, y balompic.

Olimpiades Especiales tienen mi autorización (durante y en cualquier otro momento despues) de usar mi retrato, nombre, voz o palabra en televisión, radio, pelicula, périodicos, revistas o cualquier otro medio de comunicación, para el proposito de publicidad de las Olimpiadas Especiales y aplicar los fondos para apoyar los propositos y actividades.

Si, durante mi participación en las actividades de las Olimpiadas Especiales, yo necesitara tratamiento médico de emergencia, y no pudiera dar mi consentimiento o hacer mis propios arreglos para dicho tratamiento debido a mis daños, yo autorizo a las Olimpiadas Especiales a tomar cualquier medico para protogar mi salud y bienestar, incluyendo, si fuera necesario hospitalización.

Yo, el atleta mencionado arriba, he leido este documento y comprendo en su totalidad los requisitos de la exoneración que estoy firmando. Yo entiendo que firmando este papel, yo estoy de acuerdo con los requisitos de esta exoneración.

_____ _____

Firma del Atleta Adulto Fecha

Yo, por este medio, certifico que he revisado esta exoneración con el atleta cuya firma aparece arriba. Yo estoy satisfecho(a) basado(a) en la revision que el atleta comprende esta exoneración y esta de acurdo con sus términos.

Nobre (Letra imprenta): _____

Relacion con el atleta _____
(miembro de la familia, maestro, preceptor))

EXONERACION PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE O TUTOR DEL ATLETA MENOR DE EDAD
EXONERACION PARA SER COMPLETADA POR EL ATLETA ADULTO

Yo soy el papa/mama/guardián/tutor de _____, un atleta menor de edad en cuyo favor he referido la aplicación adjunta para la participacion en las Olimpiadas Especiales. Por la presente manifiesto que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales.

Yo declaro y garantizo que, en mi mejor conocimiento y creencia, yo estoy apto(a) fisca y mentalmente para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También declaro que un médico ha revisado la informacion incluida de salud en mi aplicación y ha certificado, basado en una examinación medica independiente, que no hay evidencia medica que me impide participar en las Olimpiadas Especiales. Yo entiendo que si yo tengo el Sindrome de Down, no puedo participar en eventos deportivos que por su naturaleza resultan en sobre extensión, flexión radical o presión directa sobre mi cuello o parte superior de la espina dorsal a no ser que haya tenido un examen radiologico antes de participar en deportes de ecuestre, gimnasia, clavado, pentatlon, salto alto, y balompic.

Olimpiades Especiales tienen mi autorización (durante y en cualquier otro momento despues) de usar mi retrato, nombre, voz o palabra en televisión, radio, pelicula, périodicos, revistas o cualquier otro medio de comunicación, para el proposito de publicidad de las Olimpiadas Especiales y aplicar los fondos para apoyar los propositos y actividades.

Si, durante mi participación en las actividades de las Olimpiadas Especiales, yo necesitara tratamiento médico de emergencia, y no pudiera dar mi consentimiento o hacer mis proplos arreglos para dicho tratamiento debido a mis daños, yo autorizo a las Olimpiadas Especiales a tomar cualquier medico para protogar mi salud y bienestar, incluyendo, si fuera necesario hospitalización.

Yo, el atleta mencionado arriba, he leido este documento y comprendo en su totalidad los requisitos de la exoneración que estoy firmando. Yo entiendo que firmando este papel, yo estoy de acuerdo con los requisitos de esta exoneración.

_____ _____

Firma de Parente/Guardián/Tutor Fecha