

REGIÓN / ÁREA:  
DELEGACIÓN/EQUIPO:

## INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre: Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento  
(dd/mm/año):

Fem: Masc:

Domicilio (calle, Av.):

Domicilio (ciudad, distrito, país):

Número de  
Teléfono:

Número de  
Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Color de Ojos:

Tengo tutor? Si No

El atleta tiene (marque las casillas que corresponda):

Autismo Síndrome de Down Síndrome de Cromosoma X Frágil  
Parálisis Cerebral Síndrome de Alcohol Fetal  
Otro síndrome, por favor especifique:

El atleta es alérgico a lo siguiente (por favor, enumere):

Látex No se Conocen Alergias

Medicamentos:

Picaduras de Insectos:

Alimentos:

Enumere las necesidades dietéticas especiales:

Enumere las cirugías a las que se ha sometido:

¿En la actualidad el atleta sufre una infección crónica o aguda?

No Si En caso afirmativo, por favor, describa:

El atleta ha tenido un electrocardiograma anormal ( ECG) o un Ecocardiograma anormal? En caso afirmativo, por favor, describa:

Si, electrocardiograma anormal Si, Ecocardiograma anormal

## PADRES o INFORMACIÓN DEL TUTOR (de no ser independiente)

Nombre y Apellido:

Número de  
Teléfono

Número de  
Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Nombre del contacto de emergencia:

Igual que  
arriba:

Nombre del contacto de emergencia  
(Número de Teléfono Móvil):

Contacto de Emergencia Relación:

¿El atleta tiene un médico de atención primaria? Si No Encaso afirmativo indique.

Médico de cabecera del Atleta:

Número de Teléfono:

¿El atleta tiene alguna objeción a la atención médica de emergencia?

No Si Si es así, póngase en contacto: Vtdb gj dfc[ fLa U`cWd dUfU  
Usar el Zómat c XYno atención

Enumere los deportes que el atleta desea practicar:

¿Alguna vez algún doctor ha limitado la participación del atleta en algún deporte?

No Si En caso afirmativo, por favor, describa.

El atleta usa (marque las casillas que correspondan):

Aparato Ortopédico	Colostomía	Dispositivo de Comunicación
Dispositivo de CPAP	Muletas o Andador	Dentadura
Gafas o Lentes de Contacto	Sonda de Gastrostomía o Yeyunostomía	Audífono
Dispositivo Implantado	Inhalador	Marcapasos
Prótesis Extraíble	Entablillar	Silla de Ruedas

¿El atleta se ha vacunado contra el Tétanos en los últimos 7 años? No Si

### ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha muerto antes de los 50 años por problemas cardíacos?

No Si

¿Algún familiar ha muerto mientras practicaba ejercicio?

No Si

Enumere todos los problemas de salud en la familia del atleta:

# Formulario Médico del Atleta– HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)



Nombre del Atleta:

**INDICAR SI EL ATLETA NUNCA SE LE HA DIAGNOSTICADO O EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES**

Pérdida de Conciencia	No	Si	Hipertensión	No	Si	AIT/ Accidente Cerebrovascular	No	Si
Mareo durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Colesterol Alto	No	Si	Concusión	No	Si
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Deficiencia Visual	No	Si	Asma	No	Si
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Deficiencia Auditiva	No	Si	Diabetes	No	Si
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	No	Si	Esplenomegalia	No	Si	Hepatitis	No	Si
Ritmo cardíaco irregular, con interrupciones, o taquicardias	No	Si	Riñón Único	No	Si	Malestar Urinario	No	Si
Cardiopatía Congénita	No	Si	Osteoporosis	No	Si	Espina Bífida	No	Si
Ataque al Corazón	No	Si	Osteopenia	No	Si	Artritis	No	Si
Miocardiopatía	No	Si	Anemia Falciforme	No	Si	Agotamiento por Calor	No	Si
Enfermedad de las Válvulas del Corazón	No	Si	Rasgo Drepanocítico	No	Si	Huesos Rotos	No	Si
Soplo Cardíaco	No	Si	Sangrado Fácil	No	Si	Articulaciones Dislocadas	No	Si
Endocarditis	No	Si						

<b>Dificultades en el control intestinal y de la vejiga</b>	No	Si	<b>Explique si se ha roto un hueso o dislocado una articulación (si es así es comprobado por cualquiera de los campos de arriba):</b>		
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si			
<b>Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies</b>	No	Si			
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si			
<b>Debilidad en piernas, brazos, manos o pies</b>	No	Si	<b>Epilepsia o cualquier otro tipo de convulsión</b>	No	Si
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	<i>En caso afirmativo, enumere el tipo de convulsión</i>		
<b>Ardor, dolor punzante, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies</b>	No	Si	<i>¿Alguna convulsión durante el año pasado?</i>	No	Si
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	<b>Algún tipo de conducta autoagresiva durante el pasado año</b>	No	Si
<b>Tortícolis</b>	No	Si	<b>Conducta agresiva durante el pasado año</b>	No	Si
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	<b>Depresión (diagnosticado)</b>	No	Si
<b>Espasticidad</b>	No	Si	<b>Ansiedad (diagnosticado)</b>	No	Si
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si	<b>Describa cualquier otro posible trastorno de la salud mental:</b>		
<b>Parálisis</b>	No	Si			
<i>En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años?</i>	No	Si			

Haga una lista de otras condiciones médicas actuales o pasados:

**ENUMERE EN LA PARTE DE ABAJO CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINAS O SUPLEMENTOS (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)**

Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día

¿Es el atleta capaz de administrar su propia medicación? No Si

En caso de ser mujer, escriba la fecha del último periodo menstrual de la atleta:

# Formulario Médico del Atleta– EXAMEN FISICO

(solo debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO)



Nombre del Atleta:

## INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	O <sub>2</sub> Sat	Presión Sanguínea	Visión
cm	kg	IMC	C			Presión Sanguínea Derecha:	Presión Sanguínea Izquierda:
							<b>Visión Ojo Derecho</b> - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
en	lbs	Grasa corpora %	F				<b>Visión Ojo Izquierdo</b> - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
Oído Derecho (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar						Sonidos Intestinales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Oído Izquierdo (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar						Hepatomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Conducto Auditivo Derecho <input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño						Esplenomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Conducto Auditivo Izquierdo <input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño						Irritación Peritoneal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CII	
Membrana Timpánica Derecha <input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA						Dolor Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	
Membrana Timpánica Izquierda <input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA						Reflejo en la extremidad superior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Deficiente						Reflejo en la extremidad superior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Agrandamiento de la Tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						Reflejo en la extremidad inferior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Agrandamiento de Ganglios Linfáticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						Reflejo en la extremidad inferior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Soplo Cardíaco (supino) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor						Marcha Anormal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	
Soplo Cardíaco (de pie) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor						Espasticidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	
Ritmo Cardíaco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular						Temblor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	
Pulmones <input type="checkbox"/> limpios <input type="checkbox"/> ruidos agregados						Movilidad de la Espalda y el Cuello <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	
Edema en la Pierna Derecha <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+						Movilidad de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	
Edema en la Pierna Izquierda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+						Movilidad de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	
Simetría del Pulso Radial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D						Fuerza de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	
Cianosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo						Fuerza de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa	
Acropaquia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo						Pérdida de Sensibilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	

- El atleta no tiene síntomas neurológicos ni se han hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial
- El atleta si tiene síntomas neurológicos o se ha hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial y por ello debe **someterse a una evaluación neurológica adicional** para determinar mayores riesgos de lesión de la médula espinal previo a la autorización para participar en un deporte.

## RECOMENDACIONES (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Autorizados: Se recomienda que el examinador revise los puntos del historial médico con el atleta o su tutor, previo a la realización del examen médico. Si se considera que el atleta necesita una evaluación médica más a fondo, por favor use el Formulario de Evaluación Médica Adicional de Special Olympics, en la página 4, para otorgar al atleta autorización médica.

- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones/limitaciones
- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON restricciones/limitaciones: (describa)**
- Este atleta **no puede participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento y debe tener una evaluación mas exhaustiva evaluado por lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Examen Cardíaco Preocupante	<input type="checkbox"/> Infección Aguda	<input type="checkbox"/> Saturación O <sub>2</sub> menor al 90% en el ambiental
<input type="checkbox"/> Examen Neurológico Preocupante	<input type="checkbox"/> Estadio II de Hipertensión o Mayor	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia o Espletomegalia
<input type="checkbox"/> Otro, por favor, describa:		

## Adicionalmente se sugiere lo siguiente:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un cardiólogo  | <input type="checkbox"/> Evaluación con un neurólogo      | <input type="checkbox"/> Evaluación con un médico de atención primaria  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un oftalmólogo | <input type="checkbox"/> Evaluación con un otorrino       | <input type="checkbox"/> Evaluación con un dentista o higienista dental |
| <input type="checkbox"/> Evaluación con un podiatra    | <input type="checkbox"/> Evaluación con un fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Evaluación con un nutricionista                |
| <input type="checkbox"/> Otro/ notas del examen:       |   |   |

Firma del Examinador Médico Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# Formulario Médico del Atleta –REFERENCIA MEDICA

(Debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO solo si es necesaria la remision)



Nombre del Atleta:

**Esta página sólo debe ser completado y firmado si el médico en la página tres no borra el atleta e indica el seguimiento es necesario. El atleta debe llevar las páginas previamente completados a la cita con el especialista.**

Nombre del Examinador:

Especialidad:

He examinado al atleta debido al siguiente problema(s) médico:  
*Describe, por favor*

**En mi opinión profesional, este atleta podrá participar en los deportes de Special Olympics**

**Si, sin restricciones**       **Si, CON restricciones**      *(enumerar abajo)*       **No**

Notas Adicionales del Examinador/Restricciones:

Dirección de Correo Electrónico:

Número de Teléfono:

# Licencia Médica:

Firma del Examinador:

Fecha del Examen

**Esta sección debe ser completada por Special Olympics Sólo personal**

Este examen médico se efectuará directamente en un evento MedFest?    Si       No

El atleta es un socio Unificado o un participante joven atleta ?    Socio Unificada       Joven Atleta