

Formulario de inscripción del atleta/Permiso de divulgación de información médica

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

(Este formulario se debe llenar en su totalidad o será devuelto).

Marque una: Renovación Nuevo Actualización Fecha de entrega: _____ 2017
A: Nombre del atleta: _____ Teléfono: (____) _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para ser llenado por los padres

Solamente con el propósito de ayudarnos a cumplir con los requisitos del gobierno de mantener récords, reportarlos y con otros requisitos legales, por favor marque lo que aplique:
 Anglo Afroamericano Hispano Indígena norteamericano/Nativo de Alaska Nativo de Polinesia Otra _____

B: Jefe de delegación: Donna Umhoefer Código de delegación: NISD
 Celular: (210) 397-2406 Correo electrónico: donna.umhoefer@nisd.net
 Dirección: 4711 Sid Katz
 Ciudad: San Antonio Estado: TX Código Postal: 78229

C: Nombre del padre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

D: Persona a notificar en caso de emergencia (Marque si es la misma persona de arriba).
 Nombre: _____ Parentesco con el atleta: _____
 Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

E: Nombre de la persona que llena este formulario: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL DOCTOR

Examen físico	Normal/Anormal	Normal/Anormal	Normal/Anormal
Estatura del atleta: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervios craneales
Peso: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coordinación
Presión arterial: ____/____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cavidad oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflejos
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel		

Para ser llenado por los padres

- Enfermedad del corazón/defecto del corazón/ presión arterial alta Sí No Problema nuevo
- Dolor de pecho o desmayos Sí No Problema nuevo
- Convulsiones/ataques epilépticos Sí No Problema nuevo
- Diabetes Sí No Problema nuevo
- Conmoción cerebral o lesión en la cabeza seria Sí No Problema nuevo
- Cirugía mayor o enfermedad grave Sí No Problema nuevo
- Golpes de calor/hipertermia Sí No Problema nuevo
- Discapacidad visual/lentes de contacto/ lentes Sí No Problema nuevo
- Ceguera/problema visual mayor Sí No Problema nuevo
- Discapacidad auditiva/audífonos/pérdida del oído Sí No Problema nuevo
- Sordera/pérdida completa del oído Sí No Problema nuevo
- Trastorno óseo o de coyuntura serio Sí No Problema nuevo
- Alergias a lo siguiente:
 Medicinas: _____
 Alimentos: _____
 Picaduras/mordeduras de insectos: _____
- Dieta especial: _____
- Asma Sí No Problema nuevo
- Uso de tabaco Sí No Problema nuevo
- Tendencia a sangrar fácilmente Sí No Problema nuevo
- Problemas emocionales/trastorno psiquiátrico Sí No Problema nuevo
- Rasgo o enfermedad de célula falciforme Sí No Problema nuevo
- Inmunizaciones actualizadas Sí No Problema nuevo
- Fecha de la última vacuna contra el tétanos ____/____/____
- Síndrome de Down Sí No
 ¿Se ha hecho rayos X de columna cervical (cuello/huesos)? Sí No
 Inestabilidad Atlantoaxial Sí No

Por favor observe:
 * Se requiere historial de salud y examen físico realizado por un médico autorizado actualizados una vez que se entra al programa.
 * Se requiere un examen físico cada 3 años para las condiciones 1 - 4, 22.
 * Se requiere un examen físico para todos los atletas que marquen "Problema nuevo" como respuesta a las condiciones 6 - 10.
 * Los atletas deben entregar un formulario de Permiso de divulgación de información médica cada 3 años se necesite un examen o no.

Medicamentos actuales recetados
 * Primer medicamento: _____
 Cantidad: _____
 Hora: _____
 Fecha en que se recetó: ____/____/____
 * Segundo medicamento: _____
 Cantidad: _____
 Hora: _____
 Fecha en que se recetó: ____/____/____
 * Tercer medicamento: _____
 Cantidad: _____
 Hora: _____
 Fecha en que se recetó: ____/____/____

Por favor, marque cualquiera de las siguientes que apliquen:
 No verbal Andador ortopédico Muletas Silla de ruedas Hepatitis Sondas

PARA USO EXCLUSIVO DEL DOCTOR

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nota a los médicos: Si el atleta tiene Síndrome de Down, los Juegos Olímpicos Especiales de Texas requiere que al atleta se le realice un examen radiológico completo estableciendo la ausencia de inestabilidad Atlantoaxial antes de que él/ella pueda participar en deportes o eventos en los cuales, por su naturaleza, puedan resultar en hiperextensión, flexión radial o presión directa en el cuello o en la espina dorsal. Los deportes o eventos para los cuales se requieren dicho examen son: equitación, gimnasia, buceo, pentatlón, nado estilo mariposa, clavados, salto de altura, futbol de bandera, futbol, y ejercicios de calentamiento que ponen presión excesiva en la cabeza o el cuello.

Marque aquí: He revisado la información antes mencionada y he examinado al atleta mencionado en la solicitud, y certifico que no existe evidencia médica disponible que impida la participación del atleta en los Juegos Olímpicos Especiales de Texas.

Restricciones: _____

Nombre del médico (letra de imprenta): _____

Asistente médico profesional autorizado por el Consejo Estatal de Examinadores de Enfermería o enfermera titulada reconocida como una enfermera de práctica avanzada por el Consejo Estatal de Examinadores de Enfermería.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: (_____) _____

Por favor, provea el nombre de la compañía de seguro médico del atleta: _____

Por favor, provea el teléfono de la compañía de seguro médico: _____

Queda entendido y convenido que: Si el examinador se provee sin costo alguno, no tiene la intención de ser un examen completo ni detallado. No debe surgir ninguna relación entre el médico y el paciente a causa del examen. El doctor, enfermera u otra persona involucrada en el examen no tiene ninguna obligación en lo absoluto de proveer un diagnóstico, tratamiento, consejo, consulta o cualquier consulta de seguimiento bajo ninguna circunstancia. El hecho de que cualquier persona sea autorizada para participar en cualquier deporte u otra actividad no significa y no se debe interpretar como la opinión del doctor o enfermera de que la persona examinada esté saludable, que no necesita cuidado o que puede participar en cualquier deporte u otra actividad sin riesgos médicos serios.

Cualquier reclamo en contra del médico, enfermera u alguna otra persona involucrada en el examen, estará sometido a arbitraje vinculante conforme con las reglas y procedimientos de la Asociación Americana de Arbitraje. La persona examinada, y cualquier persona que firme en su nombre, prometen indemnizar al doctor o enfermera de cualquiera y todos los daños, reclamos o pérdidas, incluyendo lesiones o muerte que surjan presuntamente del examen o en cualquier manera relacionada.

Participación: Por la presente doy mi permiso para que la persona mencionada arriba participe en cualquier actividad o evento de los Juegos Olímpicos Especiales de cualquier tipo. Entiendo que la participación en competencia local o de área no garantiza el avance a los juegos estatales o mundiales. Los atletas deben estar registrados usando este formulario de permiso de divulgación antes de cualquier entrenamiento para los atletas.

Médico: Represento y le garantizo que el atleta tiene la habilidad física y mental de participar en los Juegos Olímpicos Especiales de Texas.

Descargo de responsabilidad: A nombre del atleta y en el mío propio, reconozco que el atleta usará las instalaciones a su propio riesgo y, en el mío propio, por la presente, libero a los doctores, organizadores, funcionarios, directores, agentes o empleados de los Juegos Olímpicos Especiales de Texas, de cualquier reclamo por daño o demanda por la razón de lesión, enfermedad o cualquier daño a la persona o propiedad mía o del atleta.

Hospitalización: Si no estoy presente personalmente en el evento en el cual compite el atleta para ser consultado en caso de emergencia, están autorizados en mi nombre bajo mi responsabilidad a tomar dicha medida y hacer arreglos para tal tratamiento médico y hospitalización conforme ustedes lo consideren recomendable para la salud y el bienestar del atleta.

Medios de comunicación: Al permitir la participación del atleta, doy autorización específica para que usen el nombre, imagen, voz y palabras del atleta en televisión, radio, video, periódicos, revistas, páginas web y otro medio de comunicación y en cualquier otra forma no descrita aquí hasta ahora para el propósito de anunciar o comunicar los propósitos y actividades de los Juegos Olímpicos Especiales de Texas y para solicitar fondos para apoyar tales actividades.

Política de alojamiento SOTX: Para un viaje durante la noche, se requiere un chaperón del mismo sexo en proporción de 4 atletas a 1 es requerido (ver la página SIG [pág. N-8 para detalles específicos](#)). Ningún atleta o voluntario del sexo opuesto se pueden quedar juntos en un mismo cuarto. Las únicas excepciones son: si los atletas/voluntarios están casados; o si un familiar del sexo opuesto es el chaperón. Compañeros de Deportes Unificados menores de 17 años deben ser incluidos en la proporción requiriendo un chaperón.

Marque uno: Padre Tutor Atleta (si es mayor de 18 años)

Firma del padre/tutor/atleta: _____

FIRME AQUÍ

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por favor, enumere los deportes en los que competirá el atleta: _____

Para ser llenado por los padres

Todos los entrenadores serán responsables de tener en su poder los formularios actualizados de solicitud de participación en los eventos de entrenamiento y competencia y durante el transporte y los viajes.