

APLICACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA EN "SPECIAL OLYMPICS - NORTHAMPTON COUNTY"

Hombre _____ Mujer _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Estatura _____ Peso _____	Padre/Tutor Dirección de Correo Electrónico: _____ Nombre de Maestra: _____	Favor de marcar el cuadro apropiado: <input type="checkbox"/> Atleta de "Special Olympics" <input type="checkbox"/> Compañero de Equipo Unificado/Asociado
Nombre de el Atleta: _____	Nu. de Teléfono Durante el Día: () _____	Nu. de Teléfono Durante la Noche: () _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Padre/Madre o Guardián: _____	Nu. de Teléfono Durante el Día: () _____	Nu. de Teléfono Durante la Noche: () _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de Emergencia Favor de Ponerse en contacto con:	Nu. de Teléfono Durante el Día: () _____	Nu. de Teléfono Durante la Noche: () _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS DE MÉDICO Y CONTRA ACCIDENTES

Nombre de Compañía de Seguros: (Atletas sin seguro, apunten NINGUNO)	Nu. de Póliza de Seguro: _____
--	--------------------------------

INFORMACIÓN MÉDICA

Favor de Cefir lo Apropiado					
Síndrome de Down	SI	NO	Mareos	SI	NO
Evaluación radiológico de Inestabilidad Atlanto-axial (ceñir SI para positivo, NO para negativo y NINGUNO para falta de radiológico)	SI	NO	Enfermedad por Calor o Lesión por el Frío	SI	NO
	NINGUNO		Hernia o falta de Testículo	SI	NO
HISTORIA DE:			Enfermedad Contagiosa o Hepatitis	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Problemas de Bifión o falta de funciones de un riñón.	SI	NO
Problemas de Corazón	SI	NO	Embarazo	SI	NO
Ataques	SI	NO	Problemas de Hueso o Dislocación	SI	NO
Legalmente Ciego	SI	NO	Lentes de Contacto / Lentes	SI	NO
Problemas de la visión y / o tener la vista menos de 20/20 en un ojo o en los dos ojos	SI	NO	Dentadura Postiza / Dientes Postizos	SI	NO
Legalmente Sordo	SI	NO	Problemas Emocionales	SI	NO
Aparato para Sordos / Problemas de Audición	SI	NO	Necesidades de Régimen Especiales	SI	NO
Requiere Sillón de Ruedas	SI	NO	Asma	SI	NO
Deterioro de Motorización que exige equipo especial	SI	NO	Tensión Arterial Alta / Baja	SI	NO
Non-Expresivo con Palabras	SI	NO	Otro	SI	NO
Problemas Sangrientas o de Sangría	SI	NO			
			Tensión Arterial _____ / _____	Pulso: _____	

OBSERVACIONES - VEASE AL REVERSO

MEDICACIÓN

Nombre de la Medicación:	Cantidad:	Hora:	Fecha de Receta:

Alergias a Medicamento: _____

INMUNIZACIÓN

Tétanos: SI NO	Fecha de Última Inyección de Tétanos: _____	Polio: SI NO
Firma de la Persona que Completó la Información Médica (Normalmente se firma por el Padre/Madre, Guardián o por el Atleta Adulto)		
FIRMA: _____	FECHA: _____	
SI HAY CUALQUIER CAMBIO EN LA SALUD DE EL ATLETA, LA CONDICIÓN DE EL ATLETA SE DEBE EXAMINAR POR UN MÉDICO ANTES DE MÁS PARTICIPACIÓN.		

CERTIFICACIÓN MÉDICA

AVISO A LOS MÉDICOS: Si el atleta tiene padese de Síndrome de Downs, "Special Olympics" requiere que el atleta tenga un examen radiológico completo que establece la ausencia de Inestabilidad Atlanto-axial antes de que ella pueda participar en deportes o eventos que por naturaleza resultan en hiper-extensión, flexión radical o presión directa en el cuello o columna vertebral superior. Los deportes y eventos por cual es necesario tener este reconocimiento radiológico son deportes equestre, gimnasia, clavados, pentatlón, natación estilo mariposa, clavados de salida en natación, salto de altura, esquí alpestre, y fútbol.

CONTASINE: He repasado la información médica contenida anteriormente y he hecho un reconocimiento médico a el nombrado en la aplicación, y certifico que hay evidencia médica a mi disposición que implica la participación de el Atleta en "Special Olympics"

ESTA CERTIFICACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERIODO DE 3 AÑOS

Restricciones de el Atleta:	Nu. de Teléfono () _____
Nombre del Médico: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____
FIRMA DE EL MÉDICO: _____	FECHA: _____

Observaciones de el Médico _____

EL ATLETA ADULTO LLENARÁ EL ACTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, _____ tengo por lo menos 18 años de edad y he sometido la aplicación adjuntada para participar en "Special Olympics".

Represento y garantizo, a mi entender y que yo sepa, tengo la capacidad físicamente y mentalmente para participar en las actividades de "Special Olympics". Además represento que un médico con licencia ha repasado la información médica contenida en mi aplicación y ha certificado, basado en un reconocimiento médico independiente, que no hay evidencia médica que me impida de participar en "Special Olympics". Entiendo que si padesco de síndrome de Down, no puedo participar en deportes o eventos que por naturaleza resultan en hiper-extensión, flexión radical o presión directa en mi cuello o columna vertebral superior a no ser que yo haya tomado un examen radiológico completo que establece la ausencia de Inestabilidad Atlanto-axial. Me doy cuenta que es necesario tener este reconocimiento radiológico antes de que pueda participar en deportes ecuestres, gimnasia, clavados, pentatlón, natación estilo mariposa, clavados de salida en natación, salto de altura, esquí alpestre, y fútbol.

"Special Olympics" tiene mi permiso, ambos durante y a cualquier momento despues, para usar mi semejanza, nombre, o palabras en cualquiera de televisión, la radio, película, periódicos, revistas, y otros medios, y en cualquier forma, para el propósito de publicidad o para comunicar los propósitos y las actividades de "Special Olympics" y/o para el propósito de solicitar fondos para apoyar esos propósito y actividades.

Si, durante mi participación en las actividades de "Special Olympics", llegaría a tener la necesidad de recibir tratamiento médico de emergencia, y yo estuviera incapaz de dar mi consentimiento o disponer de mis propios arreglos para recibir ese tratamiento a causa de mis lesiones, autorizo a "Special Olympics" para que tomen cualquier medida necesaria para proteger mi salud y bienestar, incluso, si es necesario, hospitalización.

Yo, el atleta inscrito anteriormente, he leído este documento y entiendo completamente las disposiciones de el acta de autorización que estoy firmando. Entiendo que al firmar este documento, afirmo que acepto las disposiciones de este acta de autorización.

Firma de el Atleta Adulto _____

Fecha ____/____/____

Por la presente certifico que he examinado este acta de autorización con el atleta cuya firma aparece anteriormente. Basandome en ése examen estoy satisfecho que el atleta entiende el acta y está de acuerdo con los términos.

Nombre (Escriba con letras de imprenta): _____

Parentesco con el atleta _____

PADRES O GUARDIÁN DE EL ATLETA MENOR DE EDAD LLENARÁ EL ACTA DE AUTORIZACIÓN

Yo soy padre/madre/guardián de _____, un atleta menor de edad, en cuyo nombre he sometido la aplicación adjuntada para que participe en "Special Olympics". Por la presente certifico que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de "Special Olympics".

Además represento y garantizo, que a mi entender y que yo sepa, el atleta tiene la capacidad físicamente y mentalmente para participar en "Special Olympics". Con mi aprobación, un médico con licencia ha repasado la información médica contenida en la aplicación de el atleta y ha certificado, basado en un reconocimiento médico independiente, que no hay evidencia médica que impida la participación de el atleta. Entiendo que si el atleta padese de síndrome de Down, el/ella no puede participar en deportes o eventos que por naturaleza resultan en hiper-extensión, flexión radical o presión directa en el cuello o columna vertebral superior a no ser que se haya tomado un examen radiológico completo que establece la ausencia de Inestabilidad Atlanto-axial. Me doy cuenta que los deportes y eventos por cual es necesario tener este reconocimiento radiológico son deportes ecuestres, gimnasia, clavados, pentatlón, natación estilo mariposa, clavados de salida en natación, salto de altura, esquí alpestre, y fútbol.

Al permitir la participación de el atleta, específicamente otorgo mi permiso, (ambos durante y a cualquier hora despues de), a "Special Olympics" para usar la semejanza, nombre, o palabras de el atleta en cualquiera de la televisión, la radio, película, periódicos, revistas, y otros medios, y en cualquier forma, para el propósito de publicidad o para comunicar los propósitos y las actividades de "Special Olympics" y/o para el propósito de solicitar fondos para apoyar esos propósito y actividades.

Si surge una emergencia médica durante la participación de el atleta en cualquiera de las actividades de "Special Olympics", en caso cual yo no estuviera presente para que se me tome en consideración para el tratamiento de el atleta, por la presente autorizo a "Special Olympics", en mi nombre, para tomar cualquier medidas necesarias para asegurar que se le otorge cualquier tratamiento médico de emergencia, incluso hospitalización, cual "Special Olympics" considere aconsejable para proteger la salud y bienestar de el atleta.

Yo soy padre/madre (guardián) de el atleta nombrado en esta aplicación. He leído y entiendo completamente las disposiciones de el acta de autorización citada anteriormente, y he explicado estas provisiones a el atleta. Al firmar este acta de autorización, afirmo que estoy de acuerdo con las disposiciones de este acta de autorización por mi parte y de parte de el atleta anteriormente nombrado.

Por la presente doy mi consentimiento para que el atleta anteriormente nombrado participe en los juegos de "Special Olympics", programas de recreación, y programas de actividades físicas.

Firma de padre/madre/guardián _____

Fecha ____/____/____