

Nombre y apellido del atleta: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento del atleta (mm/dd/aaaa): _____ Femenino Masculino

PAÍS: _____ E-mail: _____

AFECCIONES ASOCIADAS- El atleta tiene (marque lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Síndrome X frágil
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome alcohólico fetal	
<input type="checkbox"/> Otro síndrome, por favor especifique:		

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS	DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias	<input type="checkbox"/> Soporte ortopédico <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Máquina CPAP <input type="checkbox"/> Muletas o andador <input type="checkbox"/> Dentaduras
<input type="checkbox"/> Medicación:	<input type="checkbox"/> Anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Sonda gástrica o sonda en J <input type="checkbox"/> Audífono
<input type="checkbox"/> Mordeduras o picaduras de insectos:	<input type="checkbox"/> Dispositivo implantado <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Alimentos:	<input type="checkbox"/> Prótesis removible <input type="checkbox"/> Férula <input type="checkbox"/> Silla de ruedas
Indique cualquier necesidad dietética especial:	

PARTICIPACIÓN EN DEPORTES
Indique todos los deportes de Olimpiadas Especiales en los que el atleta desea jugar:
¿Ha limitado un médico alguna vez la participación del atleta en un deporte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", por favor describa:</i>

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS
Indique todas las cirugías que ha tenido:
¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", por favor describa:</i>
¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? <i>Si indicó "sí", describa la fecha y los resultados</i> <input type="checkbox"/> Sí, tuvo un ECG anormal <input type="checkbox"/> Sí, tuvo una ECO anormal
¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

HISTORIAL DE EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES
Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión:</i>
<i>Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último año?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

SALUD MENTAL	
Conducta autolesiva durante el último año <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Depresión (diagnosticada) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Conducta agresiva durante el último año <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ansiedad (diagnosticada) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Describa cualquier problema de salud mental adicional:	

HISTORIAL FAMILIAR
¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco antes de los 50 años de edad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique todas las afecciones médicas que existen en la familia del atleta:

Formulario Médico del Atleta – HISTORIAL MÉDICO

(Debe ser completado por el atleta o el padre/madre/tutor/cuidador y traído al Examen)



Nombre y apellido del atleta: _____

¿ALGUNA VEZ SE LE DIAGNOSTICÓ O EXPERIMENTÓ EL ATLETA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?								
Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	ACV/AIT	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Mareos durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Nivel elevado de colesterol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Conmociones cerebrales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Deficiencia visual	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Bazo agrandado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Latidos de corazón irregulares, acelerados u omitidos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Riñón único	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Molestia urinaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Espina bífida	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Osteopenia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Artritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Anemia drepanocítica (celulas falciformes)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Enfermedad por calor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Valvulopatía cardíaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Rasgo drepanocítico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Huesos rotos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Sangrado fácil	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Articulaciones dislocadas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Endocarditis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si es una atleta femenina, indique la fecha del último periodo menstrual:					
Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó "sí" para cualquier de estos cambios previamente):								
Indique cualquier otra afección médica actual o pasada:								

Síntomas neurológicos para la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial					
Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Inclinación de la cabeza	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Espasticidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Parálisis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)								
Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día

¿Puede el atleta administrarse su propia medicación? No Sí

Nombre de la persona que completa este formulario		Relación con el atleta	Teléfono	E-mail
---	--	------------------------	----------	--------

Formulario Médico del Atleta – EXAMEN FÍSICO

(Debe ser completado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Debe ser completada por un Profesional Médico Certificado, calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno	Presión arterial (en mmHg)	Visión
cm	kg	IMC	C			PA derecha: PA izquierda:	Visión derecha - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F				Visión izquierda - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D

Audición derecha (frote de dedos) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> No evaluar	Sonidos intestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Audición izquierda (frote de dedos) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> No evaluar	Hepatomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Canal auditivo derecho <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño	Esplenomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Canal auditivo izquierdo <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño	Sensibilidad abdominal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CII
Tímpano derecho <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Sensibilidad renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
Tímpano izquierdo <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Reflejo del miembro superior (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia
Higiene bucal <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente	Reflejo del miembro superior (I) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia
Agrandamiento de la tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Reflejo del miembro inferior (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia
Agrandamiento de nódulos linfáticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Reflejo del miembro inferior (I) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia
Soplo del corazón (supina) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o mayor	Marcha anormal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo
Soplo del corazón (vertical) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o mayor	Espasticidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo
Ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Temblores <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo
Pulmones <input type="checkbox"/> Despejados <input type="checkbox"/> No despejados	Movilidad del cuello y la espalda <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, 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 miembros superiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, 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 miembros inferiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa
Simetría del pulso radial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D	Fortaleza de los miembros superiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa
Cianosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa	Fortaleza de los miembros inferiores <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> No plena, describa
Dedos hipocráticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa	Pérdida de sensibilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa abajo

COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (IAA) (Seleccione una)

- El atleta no muestra NINGUNA EVIDENCIA de síntomas neurológicos o manifestaciones físicas asociadas con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial.
- El atleta tiene síntomas neurológicos o manifestaciones físicas que podrían asociarse con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial, y **deberá tener una evaluación neurológica adicional** para descartar el riesgo adicional de una lesión de la médula espinal antes de ser autorizado a participar en deportes.

AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (DEBE SER COMPLETADO SOLO POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise los ítem del historial médico con el atleta o su tutor antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, por favor haga una remisión abajo y el segundo médico de la remisión deberá completar la página 4.

- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones.
- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON** restricciones. Describa →
- Este atleta **NO PODRÁ** participar en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento, y **DEBERÁ** ser tener una evaluación adicional de un médico por las siguientes inquietudes:
- Con relación al examen cardíaco Infección aguda Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- Con relación al examen neurológico Hipertensión de etapa 2 o mayor Hepatomegalia o esplenomegalia
- Otro, por favor describa:

Notas adicionales del Examinador Certificado y seguimiento recomendado (pero no exigido):

- Seguimiento con un cardiólogo Seguimiento con un neurólogo Seguimiento con un médico de cabecera
- Seguimiento con un especialista de la visión Seguimiento con un especialista de la audición Seguimiento con un dentista o higienista dental
- Seguimiento con un podólogo Seguimiento con un terapeuta físico Seguimiento con un nutricionista
- Otro/Notas del examen:

Firma del Profesional Médico Certificado	Nombre:
	E-mail:
	Teléfono:
	Número de licencia:
Fecha del examen	



Nombre del atleta: _____

Esta página solo necesita ser completada y firmada si el médico de la página tres no autoriza al atleta e indica que se necesita un seguimiento.

El atleta deberá traer las páginas previamente completadas a la cita con el especialista.

Nombre del examinador: _____

Especialidad: _____

He examinado a este atleta por las siguientes inquietudes médicas - *Por favor describa:*

- Con relación al examen cardíaco Infección aguda Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- Con relación al examen neurológico Hipertensión de etapa 2 o mayor Hepatomegalia o esplenomegalia
- Otro, por favor describa:

En mi opinión profesional, este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales (indique restricciones o limitaciones abajo):

- Sí, sin restricciones Sí, pero con restricciones (indique abajo) No

Notas adicionales del Examinador/Restricciones:

E-mail del Examinador: _____

Teléfono del Examinador: _____

Licencia: _____

Firma del Examinador

Fecha

Esta sección deberá ser completada solo por el personal de Olimpiadas Especiales, si corresponde.

¿Este examen médico fue completado en un evento de MedFest? Sí No

¿El atleta es un Compañero Unificado o un participante de Atletas Jóvenes? Compañero Unificado Atleta Joven