

Nombre y apellido del atleta: _____

Nombre preferido: _____

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

Femenino Masculino

Programa estatal: _____

E-mail: _____

AFECCIONES ASOCIADAS- El atleta tiene (marque lo que corresponda):

- Autismo Síndrome de Down Síndrome X frágil
 Parálisis cerebral Síndrome alcohólico fetal
 Otro síndrome, por favor especifique: _____

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS

- No se conocen alergias
 Látex
 Medicación:
 Mordeduras o picaduras de insectos:
 Alimentos:

DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):

- Soporte ortopédico Colostomía Dispositivo de comunicación
 Máquina CPAP Muletas o andador Dentaduras
 Anteojos o lentes de contacto Sonda gástrica o sonda en J Audífono
 Dispositivo implantado Inhalador Marcapasos
 Prótesis removible Férula 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?

- No Sí *Si indicó "sí", por favor describa: _____*

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS

Indique todas las cirugías que ha tenido: _____

¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad?

- No Sí *Si indicó "sí", por favor describa: _____*

¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? *Si indicó "sí", describa la fecha y los resultados*

- Sí, tuvo un ECG anormal
 Sí, tuvo una ECO anormal

¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? No Sí

HISTORIAL DE EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES

Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones No Sí

Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión: _____

Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último año? No Sí

SALUD MENTAL

Conducta autolesiva durante el último año No Sí **Depresión (diagnosticada)** No Sí

Conducta agresiva durante el último año No Sí **Ansiedad (diagnosticada)** No 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? No Sí

¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? No 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:					
Describe 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) Responde Sin respuesta No evaluar
 Audición izquierda (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar
 Canal auditivo derecho Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Canal auditivo izquierdo Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Tímpano derecho Despejado Perforación Infección NA
 Tímpano izquierdo Despejado Perforación Infección NA
 Higiene bucal Buena Regular Deficiente
 Agrandamiento de la tiroides No Sí
 Agrandamiento de nódulos linfáticos No Sí
 Soplo del corazón (supina) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Soplo del corazón (vertical) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Ritmo cardíaco Regular Irregular
 Pulmones Despejados No despejados
 Edema en la pierna derecha No 1+ 2+ 3+ 4+
 Edema en la pierna izquierda No 1+ 2+ 3+ 4+
 Simetría del pulso radial Sí D>I I>D
 Cianosis No Sí, describa
 Dedos hipocráticos No Sí, describa

Sonidos intestinales Sí No
 Hepatomegalia No Sí
 Esplenomegalia No Sí
 Sensibilidad abdominal No CSD CID CSI CII
 Sensibilidad renal No Derecho Izquierdo
 Reflejo del miembro superior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro superior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Marcha anormal No Sí, describa abajo
 Espasticidad No Sí, describa abajo
 Temblor No Sí, describa abajo
 Movilidad del cuello y la espalda Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros superiores Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros inferiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros superiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros inferiores Plena No plena, describa
 Pérdida de sensibilidad No 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. **O**
- 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. **Describe** →
- 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