

Primer Nombre	Apellido	ID AS _____
----------------------	-----------------	--------------------

Fecha	O Masculino	O Femenino	Fecha Nacimiento	Edad (años)	O No seguro
Evento	Lugar		O Atleta O Compañero Unificado	Deporte	
Delegación			Programa OE		

Preocupaciones del atleta/ Tratamiento o Cirugía Previa



Special Olympics

Estación 1: Biomecánica, Rango de Movimiento de Articulación, Piel, Examen de Uñas y Dedos (seleccionar todas las que apliquen)



Nombre del Examinador

Biomecánica

	Pie Izquierdo			Pie Derecho		
Sobre Pronador	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Supinador	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Abducido	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Aducido	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Antálgico	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Cruzado	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Estructura del Pie						
Pes Cavus / Pie Cavo	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Pes Planus / Pie Plano	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Metatarsus Adductus / Metatarso Aducido	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Rango de Movimiento de Articulación

	Pie Izquierdo			Pie Derecho		
	Norm	Flex	Rstr	Norm	Flex	Rstr
Tobillo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STJ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MTP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uña

	Dedos					Dedos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Micosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crecimiento hacia adentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piel

	Pie Izquierdo					Pie Derecho				
	Dedos					Dedos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Callos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Callosidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiña										
Verrugas	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Celulitis	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Úlceras	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Xerodermia	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Otro	_____					_____				
Otro	_____					_____				

Pie

	Dedos					Dedos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dedos de martillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braquimetarsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juanetes										
Juanete de Sastre	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Neuomas	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				

Estación 2: Examen del Zapato y la Calceta y Medida de la talla de Zapato

Nombre del Examinador

Tipo de Zapato

<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Recomendado
---------------------------------	--------------------------------------

Tipo de Calceta

<input type="radio"/> Acrílico	<input type="radio"/> Lana	<input type="radio"/> Acrílico	<input type="radio"/> Lana
<input type="radio"/> Algodón	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Algodón	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Nylon		<input type="radio"/> Nylon	

Tamaño de Zapato

<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Recomendado
<input type="radio"/> USA	<input type="radio"/> Ing
<input type="radio"/> Euro	<input type="radio"/> Asia

¿Talla de zapato medido? Niño Adulto

	Izquierdo				Derecho			
	USA	Euro	Ingl	Asia	USA	Euro	Ingl	Asia
Largo								
Ancho								

Primer Nombre	Apellido	ID AS _____
----------------------	-----------------	--------------------

Estación 3: Educación, Revisión de Hallazgos y Salida

Cuidado de seguimiento recomendado? No Si

Tratamiento OTC Prescrito

Nombre de Médico Referido

Análisis del Paso (opcional) (seleccionar una en cada pie)

	<i>Pie Izquierdo</i>			<i>Pie Derecho</i>		
BW <i>Golpe de Talón</i>						
Ángulo Tibia/Calca	Val O	N O	Var O	Val O	N O	Var O
Calca/Suelo	Val O	N O	Var O	Val O	N O	Var O
Distancia media	Sup O	N O	Pro O	Sup O	N O	Pro O
Absorción de Impacto	Si O		No O	Si O		No O
Propulsión	Sup O	N O	Pro O	Sup O	N O	Pro O
FW Ángulo del Paso	Abd O	N O	Add O	Abd O	N O	Add O
Rodilla/Tibia	Val O	N O	Var O	Val O	N O	Var O

Regalos (opcional) (seleccionar sólo uno)

Plantillas moldeadas

Plantillas OTC

Comentarios:

Firma _____