



**To Debe ser completado por un médico con licencia calificado para realizar exámenes físicos y recetar medicamentos. Si es necesario, utilice páginas adicionales para enumerar cualquier otra cosa que las Olimpiadas Especiales deban saber sobre este atleta.**

Nombre y apellido del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Altura (pulg/cm)	Peso (lb/kg)	Circunferencia de la cintura (pulgadas/cm)	Temperatura (°F/°C)	Pulso (lpm)	O2Sat (%)	Presión arterial (mmHG)		Presión arterial (mmHG)	
						sistólico	diastólico	O.Izq	O. Der

¿El atleta presenta alguno de los siguientes síntomas?							
Presión arterial alta	Yes	No		Enfermedad celíaca	Sí	No	Desconocido
Nefropatía	Yes	No	Desconocido	Osteoporosis	Sí	No	Desconocido
Anemia	Yes	No	Desconocido	No verbal	Sí	No	

¿Algún familiar o pariente ha fallecido por problemas cardíacos o de muerte súbita antes de los 50 años?	Sí	No
¿El atleta nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	Sí	No

¿El atleta tiene alguna cirugía previa?	Sí	No	Desconocido
¿Alguna vez el atleta tuvo un electrocardiograma (ECG) o un ecocardiograma (ecocardiograma) anormales?	Sí	No	Desconocido
¿Alguna vez el atleta tuvo huesos rotos o articulaciones dislocadas?	Sí	No	Desconocido
¿El atleta tiene enfermedad hepática?	Sí	No	Desconocido
¿El atleta tiene enfermedad pulmonar?	Sí	No	Desconocido
¿El atleta tiene alguna enfermedad cardíaca?	Sí	No	Desconocido

Médico		
Ojos, oídos, nariz y garganta: incluyen pupilas, audición	Normal	Anormal
Corazón: Incluyen soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra ± de Valsalva)	Normal	Anormal
Pulmones	Normal	Anormal
Abdomen	Normal	Anormal
Piel: lesiones herpéticas, infección por estafilococo resistente a meticilina, o tiña corporal	Normal	Anormal
Neurológico	Normal	Anormal

Musculoesquelético					
Cuello	Normal	Anormal	Cadera y muslo	Normal	Anormal
Espalda	Normal	Anormal	Rodilla	Normal	Anormal
Hombro y brazo	Normal	Anormal	Pierna y el tobillo	Normal	Anormal
Codo y antebrazo	Normal	Anormal	Pie y dedos	Normal	Anormal
Muñeca, mano y dedos	Normal	Anormal			

Hallazgos adicionales para cualquiera de las condiciones anteriores:

**Examen físico médico - Debe ser completado solo por el profesional.**

**ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA REALIZAR DEPORTE (DEBE SER COMPLETADA SOLO POR EL PROFESIONAL)**

*LMédico con licencia: Se recomienda que el profesional revise los elementos del historial médico con el atleta o su tutor, antes de realizar el examen físico. Si se justifica una evaluación médica adicional, el profesional debe derivar al atleta a un especialista y volver a evaluar los resultados de este examen para determinar la elegibilidad para la participación.*

Médicamente elegible para todos los deportes o para los deportes enumerados: \_\_\_\_\_ sin restricción.

Médicamente elegible para todos los deportes o para los deportes enumerados: \_\_\_\_\_ con

recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: \_\_\_\_\_

No es médicamente elegible a la espera de una evaluación adicional de: \_\_\_\_\_

No es médicamente elegible para participar en los siguientes deportes: \_\_\_\_\_

No es médicamente elegible para ningún deporte

He examinado al atleta nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del médico con licencia (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico autorizado: \_\_\_\_\_

NPI o número de licencia: \_\_\_\_\_ Tipo de licencia (MD, DO, NP o PA): \_\_\_\_\_