Domicilio:

Número de teléfono: Móvil Teléfono fijo

¿Ha habido algún cambio en su historial de salud en el último año? Sí  No

*En caso afirmativo, complete la sección de historial médico. Si la respuesta es no, complete la sección de firma.*

País:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formulario de Renovación de Registro de Atletas

Requerido anualmente para todos los atletas que participan en Olimpiadas Especiales.

**Programa local de Olimpiadas Especiales:**

Nombre: Apellido:

Segundo nombre:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): */ /* Género: Hembr Masc Otro

**Información del atleta:** *debe ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador.*

**Solo para uso en oficina:**

Identif. del atleta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento, vitamina o suplemento** | **Dosificación** | **Veces****al día** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento, vitamina o suplemento** | **Dosificación** | **Veces****al día** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Historial de salud** |
| Ayudas para la salud y/o movilidad que el atleta posee y puede usar durante la participación en Olimpiadas Especiales. | CPAP Gafas/Lentes de contacto/Gafas protectoras Dispositivo implantable para convulsionesPrótesis Audífono/Dispositivo de comunicación Silla de ruedas/andador/aparatosortopédicos para piernDentadura postiza Marcapasos/Desfibrilador implantadoNinguno Otro: Derivación ventrículo peritoneal |
| Enumere cualquier alergia y/o requisito nutricional: |  |
| **Preguntas generales de salud:** |
| ¿Tienes una afección cardíaca? |  Sí  No | ¿Tienes asma? |  Sí  No |
| ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? |  Sí  No | ¿Tienes diabetes? |  Sí  No |
| En caso afirmativo, número de lesiones en la cabeza/conmociones cerebrales: Fecha de la lesión en la cabeza/conmoción cerebral más reciente:  | Do you have a vision impairment? |  Sí  No |
| Do you have a hearing impairment? |  Sí  No |
| ¿Tienes trastorno hemorrágico? |  Sí  No | Do you have sickle cell disease? | Sí No |
| ¿Tienes epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo? | Sí No |
| ¿Tiene condiciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales que podrían afectar su participación o la de los demás? |  Sí  No |

|  |
| --- |
|  **En caso afirmativo a alguna de las preguntas generales de salud anteriores, proporcione detalles adicionales:**  |
| **Medicación y tratamiento** |
| ¿Ha habido algún cambio en sus recetas, medicamentos de venta libre o tratamientos? |  Sí  No |
| En caso afirmativo, enumere: |
| ¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un EpiPen? (epinefrina) |  Sí  No |
| En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes:Picaduras de insectos Medicamentos/drogas Víveres Látex Otros (especifique):  |
| **Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi real saber y entender.** |
| Firma: Fecha:  |
| ¿Este formulario está siendo completado por alguien que no sea el atleta? | Sí  No |
| En caso afirmativo, seleccione la relación con el atleta:Padre/Tutor Cuidador/Otro miembro de la familia Proveedor de atención médica Otro:  |

Formulario de renovación de registro de atletas de las Olimpiadas Especiales: Actualizado en agosto de 2024 Página 1 de 1