

Formulario de Renovación de Registro de Atletas

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

Special Olympics



Programa local de Olimpiadas Especiales: _____

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

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____

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

Domicilio: _____ País: _____

Número de teléfono: _____ Móvil Teléfono fijo

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

Solo para uso en oficina:

Identif. del atleta: _____

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

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 convulsiones
	Prótesis	Audifono/Dispositivo de comunicación	Silla de ruedas/andador/aparatos ortopédicos para piern
	Dentadura postiza	Marcapasos/Desfibrilador implantado	Derivación ventrículo peritoneal
	Ninguno	Otro: _____	

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: _____		Do you have a vision impairment?	Sí No
Fecha de la lesión en la cabeza/conmoción cerebral más reciente: _____		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:

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día	Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

¿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: _____