



SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

[] Marque aquí si es un atleta **NUEVO** (Jamás participó en las Olimpiadas Especiales)

Por favor envíe a: [Información de contacto de la región/área]

ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES: Toda persona con una discapacidad intelectual es elegible para participar en las Olimpiadas Especiales. Se considera que una persona tiene una discapacidad intelectual si: 1) la persona ha sido identificada por una agencia o un profesional como un individuo con discapacidades intelectuales, 2) la persona tiene un atraso cognitivo, según determinación de medidas estandarizadas tales como pruebas de cociente intelectual u otras mediciones generalmente aceptadas como evaluaciones dignas de confianza que miden la existencia de un atraso cognitivo, o 3) la persona posee una discapacidad de desarrollo íntimamente relacionada. Una "discapacidad de desarrollo íntimamente relacionada" significa tener limitaciones funcionales tanto en el área del aprendizaje general (como el coeficiente intelectual) como en la de las capacidades adaptativas (como por ejemplo en la recreación, el trabajo, la vida independiente o el auto cuidado). Las personas cuyas limitaciones funcionales se basan únicamente en una discapacidad física, de comportamiento o emocional, o una discapacidad de aprendizaje o sensorial específica no son elegibles para participar en las Olimpiadas Especiales.

SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL ATLETA *Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.*
Por favor escriba claramente con letra de molde en tinta azul o negra.

REGIÓN/ÁREA/LOCALIDAD DEL PROGRAMA: _____ AÑO QUE EMPEZÓ OLIMPIADAS ESPECIALES: _____

INFORMACIÓN DEL ATLETA

NOMBRE DEL ATLETA: (APELLIDO) _____ (PRIMERO) _____ (APODO) _____
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) ____ / ____ / ____ No. de SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____
GÉNERO (marcar con un círculo): Hombre Mujer CORREO ELECTRÓNICO: _____
DIRECCIÓN: _____ (APT./SUITE) _____ TELÉFONO PARTICULAR: (____) _____
CIUDAD: _____ ESTADO: ____ CÓD. POSTAL: ____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____
COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD: _____ No. de PÓLIZA: _____
ANTECEDENTES ÉTNICOS: Afroamericano→[] Anglosajón→[] Asiático/Islands del Pacífico→[] Hispano→[] Nativo americano→[] Otro→[] _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL ATLETA

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: ____ CÓD. POSTAL: ____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____ TELÉFONO PARTICULAR: (____) _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____
CIUDAD: _____ ESTADO: ____ CÓD. POSTAL: ____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: (____) _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: ____ CÓD. POSTAL: ____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA

CONTACTO: _____ RELACIÓN: _____
TELÉFONO PARTICULAR: (____) _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____

SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción: _____ Verificado por: _____

SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE SALUD DEL ATLETA*Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.**Por favor escriba claramente con letra de molde en tinta azul o negra.***HISTORIA MÉDICA**

IMPORTANTE: Todo cambio significativo en la salud o el estado del atleta debe ser evaluado por un profesional legalmente autorizado antes que el atleta siga participando.

	Sí	No		Sí	No
1. Enf. cardíaca/defecto cardíaco/presión alta			Problema nuevo	14. Alergia a los siguientes (sea específico)	
2. Dolor en el pecho o desmayos				Medicamento _____	
3. Ataques/epilepsia				Alimentos _____	
4. Diabetes				Mordeduras/picaduras de insecto _____	
5. Síndrome de Down				15. Dieta especial	
Se han hecho rayos x cervicales (cuello)				16. Resuello asmático causado por el ejercicio	
Inestabilidad atloaxoide				17. Tendencia a sangrar fácilmente	
6. Un padre/hermano murió por problema cardíaco (antes de los 40 años)				18. Problemas emocionales/psiquiátricos/de comportamiento	
7. Falta de un riñón o testículo				19. Afección grave de los huesos o articulaciones	
8. Contusión o lesión grave en la cabeza				20. Características o enfermedad de drepanocitosis	
9. Cirugía mayor o enfermedad grave				21. Audífono / Pérdida auditiva	
10. Golpe de calor/agotamiento				22. Lentes de contacto / anteojos	
11. Otro problema que interferiría con el deporte Indique _____				23. Dientes postizos / Dentadura postiza	
12. Capacidad motriz limitada			24. Las vacunas (inmunizaciones) están al día		
13. Usa una silla de ruedas			25. Fecha de la última vacuna contra el tétano ____/____/____		

COMENTARIOS ADICIONALES

MEDICAMENTOS Por favor indique el nombre del medicamento, cantidad, fecha en que se le recetó y cantidad de veces que hace falta tomar el medicamento por día (en letra de molde)

QUIÉN COMPLETÓ EL FORMULARIO (En gral. padre/madre/tutor o atleta adulto) _____

Firma

Fecha

SI LA HISTORIA FUE FIRMADA POR EL ATLETA ADULTO – He revisado la historia médica del atleta cuya firma aparece arriba.

Firma _____

Fecha _____

Relación con atleta (miembro de la familia, amigo, entrenador) _____

SECCIÓN C – CERTIFICACIÓN MÉDICA*Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.*

DEBE SER REALIZADA Y COMPLETADA POR UN EVALUADOR MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO A EJERCER SU PROFESIÓN (MÉDICO, ASISTENTE DE MÉDICO O QUIROPRÁCTICO).

NOTA A QUIEN HACE LA EVALUACIÓN: Si el atleta tiene síndrome de Down, las Olimpiadas Especiales exigen un examen radiológico completo para verificar que no sufre una inestabilidad atloaxoide antes de participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, pueden causar una hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o parte superior de la columna. Se exige dicha evaluación radiológica para los siguientes deportes: gimnasia, pentatlón, estilo mariposa en natación, salto de trampolín en deportes acuáticos, salto en alto y fútbol.

EXAMEN BREVE: ALT. _____ PESO _____ PULSO _____ P.S. _____ Ojos/Nariz/Garg. _____ CORAZÓN _____ PULMONES _____

He revisado la información de salud que aparece arriba y he examinado al atleta indicado en la solicitud, y certifico que no existe razón médica alguna que impediría al atleta participar en las Olimpiadas Especiales.

RESTRICCIONES

Firma del examinador _____ Fecha: _____

Nombre del examinador _____ Teléfono: (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____