OLIMPIADAS ESPECIALES DE SUR CALIFORNIA
APLICACIÓN PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

Nada mas seccion A debe de ser sometida cada tres (3) anos.

SECCION A - INFORMACIÓN DE SALUD DEL ATLETA

AREA: _____ LOCAL PROGRAM: _____

Numero de Seguro Social ___-___-___ Sexo _____ Fecha de nacimiento (dia/mes/ano) ___/___/___

Nombre _____

Direccion _____ Numero de casa ( ) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre de padre/guardian _____ Numero de trabajo ( ) _____

Direccion _____ Numero de casa ( ) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Contacto de emergencia (si no es padre/madre o guardian _____ Numero de casa ( ) _____

Compania de Salud/Seguros: _____ Numero de poliza _____

Fondo Etnico (screcional): Africano Americano [ ] Anglo [ ] Asian [ ] Hispanico [ ] Americano nativo [ ] otra nacionalidad no mencionada ariba [ ] _____

Un examen fisico hecho por un examinador licensiado es requerido cada 3 anos para atletas que contestan SI a las preguntas 1-5. Un examen es requerido cuando por primera vez marcan NUEVO en las preguntas 6-12.

	SI	NO	Problema Nuevo
1. Enfermedad de corazon/Defecto de corazon/Alta presión			
2. Dolor de pecho/mareados			
3. Ataques epilepticos			
4. Diabetes			
5. Syndrome de Down			
Nunca le han tomado rayos x de la espina cerviz (hueso del pescuezo)			
Instabilidad de atlanto axial			
6. Alguien en su familia ha muerto de enfermedad al corazon			
7. Ausencia de vista ciego en un ojo.			
8. Ausencia de un rinon o testico			
9. Concusión o golpe serio a la cabeza			
10. Cirugia mayor o enfermedad grave			
11. Alisar de calor/agotamiento			
12. Otro problema que podria interferir con su participacion en deportes			
Listar: _____			

	SI	NO
13. Danada habilidad de motor		
14. Usa una cilla de ruedas		
15. Alergia a lo siguiente		
Medicamento _____		
Comida _____		
Mordida de insecto _____		
6. Dieta especial _____		
17. Ejercicio causa jadear		
18. Sangrar facil		
19. Problems emocional/psiquiatros/conducta		
20. Trastorno serio de huezo o coyuntura		
21. Enfermedad de celula hoz		
22. Perdida de oido o usa a ayuda para oir		
23. Lentes/Lentes de contacto		
24. Dentadura postiza o dientes postizos		
25. Vacunas estan corriente		
26. Fecha de la ultima vacuna ___/___/___		

Commentarios: _____

MEDICAMENTO - Escriba en letra de molde el nombre, cantidad, fecha de prescripcio y veces al dia que debe tomar medicamento.

Persona llenando forma (normalmente es padre/madre/guardian de atlete adelto) _____ Firma _____ Fecha

SI HISTORIA ES FIRMADA POR ATLETA ADULTO - se ha revisado esta historia de salud con el atleta que ha firmado ariba.

_____ Firma _____ Fecha _____ Relación al atleta (amigo, familiar, coche)

IMPORTANTE: **Algun cabio significativo a la salud del atleta debe ser revisada por un examinador licensiado antes de seguir como participante.**

SECTION B - MEDICAL CERTIFICATION

EXAMINER'S NOTE: If the athlete has Down Syndrome, Special Olympics requires a full radiological examination establishing the absence of Atlanto-axial Instability before he/she may participate in sports or events which, by their nature may result in hyperextension, radical flexion or direct pressure on the neck or upper spine. The sports and events for which such a radiological examination is required are: equestrian sports, gymnastics, diving, pentathlon, butterfly stroke, diving starts in swimming, high jump, alpine skiing, squat lift and football team competition (soccer).

BRIEF EXAM: HT_____ WT_____ PULSE _____ B.P. _____ ENT _____ HEART _____ LUNGS _____

☐ I have reviewed the above health information and examined the athlete named in the application, and certify there is no medical evidence available to me which would preclude the athlete's participation in Special Olympics.

RESTRICTIONS _____

EXAMINER'S SIGNATURE _____

EXAMINER'S NAME _____ DATE _____

ADDRESS _____

CITY _____ ZIP _____ PHONE ( ) _____

A physical examination performed by a licensed examiner is required for initial participation