

SOLICITUD PARA PARTICIPAR (Formulario Médico)
(Debe ser completado y firmado cada 3 años por un examinador licenciado)



DISTRITO: _____ **Escuela/Agencia:** _____

NSS: _____ / _____ / _____ **Medida de camiseta:** Niño: _____ o Adulto: _____

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____ **SEXO** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

M o F _____ mes/ día / año _____

Domicilio _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Teléfono de la casa** (____) _____

Padre/Tutor _____

Dirección (si es diferente) _____ **Teléfono del trabajo** (____) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Contacto de Emergencia (diferente de padre/tutor) _____ **Teléfono para Emerg.** (____) _____

Compañía Aseguradora de Salud _____ **Nro de Póliza** _____

Firma del padre/tutor/atleta adulto que firma el formulario _____

PARA LOS ATLETAS CON SÍNDROME DE DOWN – A las personas con Síndrome de Down se les deberá tomar una radiografía lateral del sector cervical de la columna en hiperflexión e hiperextensión. La interpretación de las radiografías deberá incluir mediciones del intervalo atlanto-dens

Sí No ¿Se ha hecho una evaluación de las radiografías para observar la inestabilidad atlanto axial?

Sí No Si se hizo, ¿dio positivo para la inestabilidad atlantoaxial ? (el positivo indica que el intervalo atlanto-dens es de 5 mm o más)

HAY EN LA ACTUALIDAD, O HAY ANTECEDENTES DE (a ser completado por el padre/administrador):

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Problemas cardíacos/Alta presión <input type="checkbox"/> Sí | Fumador <input type="checkbox"/> Sí | Problemas emocionales/ psiquiátricos/ o de conducta <input type="checkbox"/> Sí |
| Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí | Cirugía mayor o enfermedad grave <input type="checkbox"/> Sí | Asma/ problemas respiratorios al esforzarse <input type="checkbox"/> Sí |
| Ataques epilépticos/ Desmayos <input type="checkbox"/> Sí | Ataque cerebral/Agotamiento <input type="checkbox"/> Sí | Lentes de contacto/anteojos/prótesis dentales <input type="checkbox"/> Sí |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Sí | Hemorragias <input type="checkbox"/> Sí | Golpes en la cabeza/historial de concusión <input type="checkbox"/> Sí |
| Audífonos/Problemas de audición <input type="checkbox"/> Sí | Problemas de huesos/articulaciones <input type="checkbox"/> Sí | Inmunizaciones (vacunas) al día <input type="checkbox"/> Sí |
| Ceguera/Problemas de visión <input type="checkbox"/> Sí | Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí | Dietas especiales (listar abajo) <input type="checkbox"/> Sí |
| Falta de un riñón o testículo <input type="checkbox"/> Sí | Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sí | Año de la última vacuna del tétano _____ |

Otros problemas que puedan interferir en la participación _____

Alergia a lo siguiente (especificar): _____

Alimentos _____ Picaduras de insectos _____

Medicinas _____

MEDICINAS

Nombre del remedio	Dosis	Fecha receta	Veces por día	Nombre del remedio	Dosis	Fecha receta	Veces por día

EXAMEN FÍSICO

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Presión sanguínea _____ | Visión <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Boca <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Sistema cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |
| Pulso _____ | Audición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Peso _____ | Cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coordinación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sistema gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Altura _____ | Piel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Reflejos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sistema genitourinario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | Nervios craneales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Otros: _____

MR Primario Etiología/Categoría _____

He revisado la información mencionada arriba y he examinado al atleta mencionado en este formulario y certifico que no hay evidencia médica que yo haya visto que impida la participación de este/a atleta en las Olimpiadas Especiales.

Restricciones _____

Nombre del examinador: _____ **Certificación:** MD DO DC PA ARNP

FIRMA DEL EXAMINADOR _____ **FECHA:** _____

FORMULARIO OFICIAL DE CESIÓN DE DERECHOS



DISTRITO: _____

ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Mes día año

Yo afirmo y garantizo que, de acuerdo a mi entendimiento y creencia, yo (o mi hijo/hija menor) estoy (está) física y mentalmente capacitado/a para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También declaro que un médico diplomado ha corroborado la información de salud contenida en mi solicitud (o la de mi hijo/a) y ha certificado, basado en un estudio médico independiente que no hay evidencia médica que pueda impedirme (o a mi hijo/a) participar en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que si yo (o mi hijo/a menor) tengo (tiene) Síndrome de Down, yo (o mi hijo/a menor) no puedo (no puede) participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, produzcan hiperextensión, flexión radical o presión directa en mi cuello o porción superior de la columna vertebral (o de mi hijo/a), a menos que yo y dos médicos hayan completado el "Formulario de exención de responsabilidad de la Inestabilidad Atlanto-axial" disponible a través del programa de las Olimpiadas Especiales en mi área, o yo (o mi hijo/a menor) he (ha) sido sometido a una completa examinación radiológica que establece la ausencia de la inestabilidad Atlanto-axial. Yo soy consciente de que si decido no completar el formulario "Exención especial para atletas con inestabilidad Atlanto-axial" que establece la ausencia de la inestabilidad Atlanto-axial, yo (o mi hijo/a menor) debo (debe) pasar la examinación radiológica antes de que yo (o mi hijo/a menor) pueda participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, natación estilo mariposa, buceo que comienza con natación, salto alto, esquí alpino, levantamiento de pesas en cuclillas y fútbol (soccer).

Las Olimpiadas Especiales tienen mi autorización (durante y en cualquier momento después) para usar mi imagen (o la de mi hijo/a menor), voz, o palabras en televisión, radio, filmación, diarios, revistas, y otros medios, y en cualquier forma, con fines publicitarios o para comunicar los propósitos y actividades de las Olimpiadas Especiales y/o solicitar fondos para sustentar estos propósitos y actividades.

PARA SER COMPLETADO POR EL ATLETA ADULTO

Si durante mi participación en actividades de las Olimpiadas Especiales, yo necesitara tratamiento de emergencia y no estuviera capacitado para dar mi consentimiento o para poder hacer arreglos para obtener mi tratamiento a causa de mis lesiones, autorizo a las Olimpiadas Especiales a tomar las medidas pertinentes que sean necesarias para proteger mi salud y bienestar, incluyendo si fuera necesario, la hospitalización.

Soy mayor de 18 años de edad y he presentado la solicitud adjunta para participar en las Olimpiadas Especiales. He leído este formulario y entiendo cabalmente las provisiones de esta cesión de derechos que estoy firmando. Yo declaro que al firmar este documento concuerdo con las provisiones de la cesión de derechos.

Firma del atleta adulto

Fecha

Certifico que he revisado esta cesión de derechos con el atleta cuya firma aparece abajo. Estoy satisfecho, basándome en esta revisión, de que el atleta entiende esta autorización y ha concordado con los términos.

Nombre (impresión): _____

Relación con el atleta: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR DEL ATLETA MENOR

Si surgiera una emergencia médica durante la participación en cualquier actividad de las Olimpiadas Especiales, en un momento en que yo no estoy presente en persona para ser consultado sobre el cuidado del atleta, autorizo por este medio a las Olimpiadas Especiales, por mi parte, a tomar las medidas que fueran necesarias para asegurar que al atleta se le proveerá tratamiento médico de emergencia, incluyendo hospitalización, si las Olimpiadas Especiales lo consideraran recomendable para proteger la salud y el bienestar del atleta menor.

Yo soy el padre/tutor del atleta menor mencionado en esta solicitud. Yo he leído y entendido totalmente las provisiones de la cesión de derechos mencionada arriba, y le he explicado estas provisiones al atleta. Con mi firma en este formulario de cesión de derechos yo concuerdo con las provisiones arriba indicadas por mi parte y por parte del atleta mencionado. Por este medio autorizo al atleta mencionado arriba, a participar en los juegos de las Olimpiadas Especiales, programas de recreación y programas de actividad física.

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO PARA REGISTRAR INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL EN ATLETAS CON SÍNDROME DE DOWN



DISTRITO: _____ ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA – Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
Mes/día/año

El estudio de las radiografías de las vértebras cervicales muestra que el atleta mencionado

_____ tiene _____ no tiene

evidencias de Inestabilidad Atlanto-Axial.

Comentarios del Médico: _____

Nombre del Médico (letra de imprenta): _____

Firma del Médico _____

Certificación/Título del Médico: _____ Fecha: _____

Si el atleta tiene Inestabilidad Atlanto-Axial, no se le permitirá participar en los deportes o eventos listados al pie, a menos que el atleta complete y firme el Formulario de Exención de Responsabilidad por Inestabilidad Atlanto-Axial. Este formulario describe en detalle cualquier restricción que el atleta pueda tener, su nombre, dirección y las firmas de dos médicos, del atleta mayor de edad y del testigo o de los padres o tutores del atleta menor de edad.

Los deportes y competencias restringidos son:

Natación estilo mariposa, zambullidas, pentatlón, salto en alto, deportes ecuestres, gimnasia, fútbol (soccer), levantamiento de pesas en cuclillas, esquí alpino y cualquier otro tipo de ejercicio de calentamiento que pudiera causar presión innecesaria sobre la cabeza y cuello (región cervical).

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA ATLETAS CON INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL



DISTRITO: _____ ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
mes día año

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Hemos examinado al atleta, cuyo nombre se menciona arriba, quien presenta el Síndrome de Down y al que se le ha diagnosticado Inestabilidad Atlanto-axial. Certificamos, basados en nuestra examinación del atleta y en nuestra revisión de la información acerca de su salud contenida en esta solicitud, que a pesar del diagnóstico de Inestabilidad Atlanto-axial, este atleta puede participar en las Olimpiadas Especiales. Certificamos además, que le hemos explicado al atleta nombrado en esta solicitud (y al padre o tutor cuya firma aparece abajo, si el atleta es menor de edad), los riesgos de salud asociados con la participación del atleta en eventos deportivos los cuales, por su naturaleza, pueden producir una hiperextensión, flexión radical o compresión directa de las cervicales o extremo superior de la columna vertebral. (Se requiere la firma de **dos** médicos).

Médico

Restricciones (si las hay): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha _____

Firma del médico: _____

Médico

Restricciones (si las hay): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha _____

Firma del médico: _____

CERTIFICACIÓN DEL ATLETA ADULTO

1. Los médicos arriba firmantes me han informado de que padezco de Inestabilidad Atlanto-axial.
2. Los riesgos asociados con esta condición física, incluyendo riesgos al participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, natación estilo mariposa, el buceo que comienza con natación, salto de altura, esquí alpino, y fútbol (soccer) han sido explicados por los médicos nombrados, y yo entiendo cabalmente las consecuencias médicas posibles si participo en cualquiera de estos deportes y eventos.
3. Si bien yo reconozco y entiendo los riesgos y consecuencias médicas posibles, certifico que estoy tomando estos riesgos consciente y voluntariamente, en mi libre albedrío, y que me mueve mi deseo de participar en las Olimpiadas Especiales que pueden incluir cualquiera o todos los deportes o eventos mencionados más arriba, basado en las certificaciones de los dos médicos nombrados de que los médicos no me impiden participar en las Olimpiadas Especiales.

Firma del Atleta adulto

Fecha

Por la presente certifico que he leído esta exención de responsabilidad con el atleta cuya firma aparece arriba. Yo estoy satisfecho, basado en esta revisión, de que el atleta entiende esta exención de responsabilidad y que está de acuerdo con los términos expresados.

Nombre (imprenta): _____

Relación con el atleta: _____

CERTIFICACIÓN DEL PADRE O TUTOR

1. Los médicos arriba firmantes me han informado de que mi hijo/hija padece de Inestabilidad Atlanto-axial.
2. Los riesgos asociados con esta condición física, incluyendo riesgos al participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, natación estilo mariposa, el buceo que comienza con natación, salto de altura, esquí alpino, y fútbol (soccer) han sido explicados por los médicos nombrados, y yo entiendo cabalmente las consecuencias médicas posible si mi hijo/hija participa en cualquiera de estos deportes y eventos.
3. Si bien yo reconozco y entiendo los riesgos y consecuencias médicas posibles, por la presente doy permiso a mi hijo/hija a participar en las Olimpiadas Especiales que pueden incluir cualquiera o todos los deportes o eventos mencionados más arriba, basado en las certificaciones de los dos médicos nombrados de que los médicos no le impiden a mi hijo/hija participar en las Olimpiadas Especiales.

Firma del padre o tutor

Fecha

PROVISIONES ESPECIALES PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS (FORMULARIO DE OBJECIONES RELIGIOSAS)



DISTRITO: _____ ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA Apellido _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
 mes día año

Las Olimpiadas Especiales respetan las creencias religiosas de todos los atletas. En nuestra solicitud estándar se requiere que cada atleta (o su padre o tutor, si el atleta es menor), autorice a las Olimpiadas Especiales para permitir el tratamiento médico de emergencia (incluyendo hospitalización) que el atleta necesite si se presentara una emergencia médica durante su participación en las Olimpiadas Especiales, bajo circunstancias en las cuales el atleta o su padre/tutor no puedan dar el consentimiento para el tratamiento médico. Si Usted tiene objeciones religiosas que puedan interferir con la aceptación de esta provisión, por favor **tache lo que corresponda y coloque sus iniciales** en la solicitud. Luego someta la solicitud junto con este formulario después de leerlo con atención y firmar abajo.

En el formulario adjunto: "Formulario Oficial de Exención de las Olimpiadas Especiales", yo he tachado, colocado mis iniciales y rechazado la provisión que autoriza a las Olimpiadas Especiales a tomar decisiones para recibir tratamiento médico para mí (mi hijo/a) si yo (mi hijo/a) estuviera lesionado y yo (mi padre/tutor) no pudiera dar su aprobación para el tratamiento. Rehusó dicha autorización basado/a en mis creencias religiosas. Sin embargo, de mi parte y/o de parte de mis padres/tutor, afirmo y concuerdo con lo siguiente:

PARA SER COMPLETADO POR EL ATLETA ADULTO

1. Concuerdo en llevar conmigo, en todo momento durante mi participación en cualquier evento de entrenamiento o competición en las Olimpiadas Especiales, una tarjeta o papel impreso que describa mi objeción religiosa, de manera tal que, si yo me enfermara o lesionara y no pudiera decidir por mí mismo, las Olimpiadas Especiales puedan leer esta tarjeta e informarse de mis objeciones religiosas para el tratamiento médico.
2. Concuerdo en tomar provisiones de manera tal que un amigo adulto o un miembro de mi familia esté presente conmigo en todo momento mientras yo participe de las actividades de las Olimpiadas Especiales, de forma tal que esta persona pueda tomar responsabilidad por mí si se presentara una emergencia médica y yo no estuviera capacitado para decidir por mí mismo. Yo entiendo que si este amigo o miembro de mi familia no estuviera presente, **no** se me permitirá participar en tal evento y que no habrá excepciones.
3. Concuerdo en no hacer objeto a las Olimpiadas Especiales y a sus empleados de ningún reclamo, demanda o juicio de ninguna clase que se base en la imposibilidad de las Olimpiadas Especiales de tomar medidas para suministrarme tratamiento médico de emergencia durante los eventos y actividades de las Olimpiadas Especiales. Concuerdo con esta absolución dado que yo he rehusado, consciente y voluntariamente a dar a las Olimpiadas Especiales autorización para tomar las medidas de emergencia necesarias, y solicito expresamente que no lo hagan por mis principios religiosos.

Yo he leído esta exención, entiendo lo que expresa y concuerdo en su totalidad con ella.

 Firma del Atleta Adulto Fecha
 Firma del familiar/amigo _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR DEL ATLETA MENOR

1. Concuerdo estar presente con el atleta en todo momento en cualquier lugar en que el atleta participe en eventos de entrenamiento o competición de las Olimpiadas Especiales, de manera tal que yo pueda tomar responsabilidad por el atleta si se presentara una emergencia médica. Yo entiendo que si no estoy presente, **no** se le permitirá al atleta participar en el evento, y que no se harán excepciones.
2. También concuerdo por mi parte y por parte del atleta, liberar de responsabilidad a las Olimpiadas Especiales y a sus empleados y voluntarios de cualquier reclamo, demanda o juicio de cualquier tipo que pueda surgir por la imposibilidad de las Olimpiadas Especiales de tomar providencias para una emergencia durante eventos y actividades de las Olimpiadas. Yo concuerdo con esta exención porque yo rehusado consciente y voluntariamente, a dar autorización a las Olimpiadas Especiales a tomar tales medidas de emergencia, y solicito expresamente a las Olimpiadas Especiales que no lo hagan por mis principios religiosos.

 Firma del Padre/Tutor

Fecha _____

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS ATLETAS



En mayo de 2000 se celebró en Holanda el primer Congreso Mundial de Atletas. Los atletas de las Olimpiadas Especiales de todo el mundo se reunieron para tratar temas de interés y exponer la necesidad de establecer un Código de Conducta es decir, un Reglamento al que todos los atletas deben ajustarse. Los atletas de las Olimpiadas Especiales son embajadores de este movimiento en todo el mundo y este Código de Conducta contribuye a que se mantenga el más alto nivel de competencia de acuerdo con el sentir del espíritu olímpico.

Al igual que los Juegos Olímpicos, las Olimpiadas Especiales presentan ante el mundo los más altos ideales del deporte. “Deseo ganar, pero si no lo logro, tendré la valentía de intentarlo” es el juramento de los atletas de las Olimpiadas Especiales. Cada atleta repite estas palabras antes de cada competencia. El juramento es un compromiso o una promesa para tratar de lograr el más alto nivel de competencia con un fuerte espíritu deportivo.

Como atleta de las Olimpiadas Especiales, me comprometo a observar la siguiente conducta:

RESPECTO POR LOS DEMÁS

- Respetaré los derechos, la dignidad y el valor de otros atletas, entrenadores, voluntarios, amigos y espectadores de las Olimpiadas Especiales.
- Trataré a todos por igual sin hacer diferencia de sexo, origen étnico, religión o nivel de destreza.
- Actuaré con control, respeto, dignidad y profesionalismo con todas las personas involucradas, incluyendo a atletas, entrenadores, adversarios, funcionarios, administradores, padres, espectadores y miembros de la prensa.

ESPÍRITU DEPORTIVO

- Observaré un fuerte espíritu deportivo.
- No emplearé malas palabras. No maldeciré ni insultaré a otras personas. No pelearé con otros atletas, entrenadores, voluntarios, miembros del personal o espectadores.
- Me entrenaré regularmente y actuaré según las normas del Reglamento Deportivo.
- Escucharé a entrenadores y funcionarios y haré preguntas cuando no entienda algo.
- Me esforzaré durante los entrenamientos, la selección de categorías y las competencias. No dejaré de participar en las preliminares a fin de tener acceso a una eliminatoria menos exigente.

RESPONSABILIDAD POR MI ACTUACIÓN

- Me vestiré y actuaré en todo momento de una manera profesional que honre a las Olimpiadas Especiales. La vulgaridad, la burla y otras actitudes que no estén acordes con el espíritu deportivo determinarán mi expulsión inmediata.
- No me involucraré en ningún tipo de comportamiento inapropiado, actividad sexual y/o abuso verbal o físico de atletas, miembros del personal, funcionarios u otros voluntarios de las Olimpiadas Especiales.
- Respetaré la propiedad de los hoteles, dormitorios, instalaciones atléticas y comedores.
- No participaré en el consumo de bebidas alcohólicas y/o sustancias prohibidas (drogas) durante los entrenamientos o competencias.
- No fumaré ni masticaré tabaco en los lugares de entrenamiento o competencias, excepto en las áreas designadas para fumadores.

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS ATLETAS

(Continuación)

Al firmar al pie, afirmo lo siguiente:

- He leído (o he pedido a alguien que me lea) el presente Código de Conducta del Atleta.
- Me comprometo a obedecer el Código de Conducta del Atleta
- Entiendo las palabras y el sentido del Código de Conducta del Atleta.
- Entiendo que el presente Código de Conducta del Atleta es una guía general para regular mi conducta y no enumera todos los tipos de buena o mala conducta.
- Entiendo que si no obedezco este Código de Conducta, mi Programa o un Comité Organizador de los Juegos podrá prohibir mi participación.

Nombre del atleta (en letra de imprenta)

Programa del Distrito

Firma del atleta

Fecha

Testigo: Por la presente certifico que he revisado este Código de Conducta con el atleta cuya firma aparece arriba. En base a esta revisión, confirmo que el atleta entiende y acepta todos los términos de este documento.

Firma del testigo _____

Relación con el atleta _____

Le he explicado este Código de Conducta a mi hijo/a/atleta quien lo comprende dentro de sus limitaciones. Estoy de acuerdo que mi hijo/a/atleta se haga responsable por su comportamiento según se establece en este Código de Conducta.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL DE DATOS DEL ATLETA (OPCIONAL)



Completar **SÓLO** si el atleta no tiene en su expediente los Formularios Médico y de Exención de Responsabilidad actualizados.

Distrito _____ Escuela/Agencia _____

Nombre del atleta _____ Apellido _____

Sexo (M o F) _____ Fecha de nacimiento / ____ / ____ Edad _____
mes día año

Seguro Social # _____ Escuela/Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono () _____

Nombre de los padres o tutores _____

Dirección (si es diferente a la del atleta) _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono () _____
(si es diferente al del atleta)

Dirección electrónica de los padres o tutores _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono de emergencia () _____

Enumere los deportes en los cuales desea participar este año: _____

Talle de la camiseta: Niños - S M L Adultos - S M L XL XXL

Talle del pantalón corto: Niños - S M L Adultos - S M L XL XXL

INFORMACIÓN MÉDICA

Compañía aseguradora _____ Póliza # _____

Describa los problemas médicos más importantes que haya tenido en los últimos 12 meses: _____

Enumere alergias a medicamentos, picaduras de insectos o alimentos: _____

Medicamentos recetados en la actualidad:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de la Receta	Recetado para las siguientes condiciones	Nombre del médico/ Teléfono

De ser necesario, enumere los demás medicamentos en una hoja aparte.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR A LOS ATLETAS MÁS TEMPRANO DE LAS COMPETENCIAS ESTATALES



Yo, _____ (padre, madre o tutor legal) de _____ (nombre del atleta) atleta de las Olimpiadas Especiales de Florida, por la presente asumo toda responsabilidad por mi hijo/hija. Dejo constancia que lo/la retiraré después que las competencias hayan terminado, pero antes de que el equipo vuelva a su casa. Asumo toda responsabilidad por _____ (nombre del atleta) a partir de las _____ (hora) del _____ (fecha).

A partir de dicha hora, libero al Programa del Distrito y a las Olimpiadas Especiales de Florida de toda responsabilidad y obligación hacia este atleta.

El Jefe de la Delegación deberá ser notificado antes de entregar la custodia del atleta a sus padres o tutores. **No se podrá retirar a ningún atleta de la delegación hasta que las competencias hayan terminado.** Los atletas no podrán pasar la noche con sus padres o tutores hasta que las competencias hayan finalizado. El atleta deberá viajar a las competencias con la delegación. **Sigue vigente la política de las Olimpiadas Especiales de Florida, que prohíbe la natación recreativa desde el momento en que la delegación sale del distrito hasta su regreso, aunque la delegación haya entregado al atleta a sus padres o tutores.**

He leído y he comprendido las disposiciones establecidas anteriormente y estoy totalmente de acuerdo con las mismas.

Padre, Madre o Tutor Legal _____
(Aclaración del Nombre y Apellido)

(Firma)

Jefe de la Delegación _____