

Formulario Médico del Atleta- HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)



REGIÓN / ÁREA:

DELEGACIÓN/EQUIPO:

INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre: Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento (dd/mm/año): Fem: Masc:

Domicilio (calle, Av.):

Domicilio (ciudad, distrito, país):

Número de Teléfono: Número de Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Color de Ojos:

Tengo tutor? Si No

El atleta tiene (marque las casillas que corresponda):

Autismo Síndrome de Down Síndrome de Cromosoma X Frágil

Parálisis Cerebral Síndrome de Alcohol Fetal

Otro síndrome, por favor especifique:

El atleta es alérgico a lo siguiente (por favor, enumere):

Látex No se Conocen Alergias

Medicamentos:

Picaduras de Insectos:

Alimentos:

Enumere las necesidades dietéticas especiales:

Enumere las cirugías a las que se ha sometido:

¿En la actualidad el atleta sufre una infección crónica o aguda?

No Si *En caso afirmativo, por favor, describa:*

El atleta ha tenido un electrocardiograma anormal (ECG) o un Ecocardiograma anormal? *En caso afirmativo, por favor, describa:*

Si, electrocardiograma anormal Si, Ecocardiograma anormal

PADRES o INFORMACIÓN DEL TUTOR *(de no ser independiente)*

Nombre y Apellido:

Número de Teléfono: Número de Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Nombre del contacto de emergencia: Igual que arriba:

Nombre del contacto de emergencia (Número de Teléfono Móvil):

Contacto de Emergencia Relación:

¿El atleta tiene un médico de atención primaria? Si No *Encaso afirmativo indique.*

Médico de cabecera del Atleta:

Número de Teléfono:

¿El atleta tiene alguna objeción a la atención médica de emergencia?

No Si *Si es así, póngase en contacto: Vélb gj' d'fc[fLu U'cVM' dUFU "usar el Zómat'c XYno atención*

Enumere los deportes que el atleta desea practicar:

¿Alguna vez algún doctor ha limitado la participación del atleta en algún deporte?

No Si *En caso afirmativo, por favor, describa.*

El atleta usa (marque las casillas que correspondan):

<input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Dispositivo de Comunicación
<input type="checkbox"/> Dispositivo de CPAP	<input type="checkbox"/> Muletas o Andador	<input type="checkbox"/> Dentadura
<input type="checkbox"/> Gafas o Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> Sonda de Gastrostomía o Yeyunostomía	<input type="checkbox"/> Audífono
<input type="checkbox"/> Dispositivo Implantado	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Prótesis Extraíble	<input type="checkbox"/> Entablillar	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas

¿El atleta se ha vacunado contra el Tétanos en los últimos 7 años? No Si

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha muerto antes de los 50 años por problemas cardíacos? No Si

¿Algún familiar ha muerto mientras practicaba ejercicio? No Si

Enumere todos los problemas de salud en la familia del atleta:

Formulario Médico del Atleta- HISTORIA de SALUD

(páginas 1 y 2 para ser completado por el atleta o padre/tutor)



Nombre del Atleta:

INDICAR SI EL ATLETA NUNCA SE LE HA DIAGNOSTICADO O EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES

Pérdida de Conciencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hipertensión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	AIT/ Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mareo durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Concusión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Deficiencia Visual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Deficiencia Auditiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Ritmo cardíaco irregular, con interrupciones, o taquicardias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Riñón Único	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Malestar Urinario	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Cardiopatía Congénita	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Osteopenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Miocardiopatía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Agotamiento por Calor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad de las Válvulas del Corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Rasgo Drepanocítico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Huesos Rotos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Articulaciones Dislocadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Endocarditis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				

Dificultades en el control intestinal y de la vejiga No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Debilidad en piernas, brazos, manos o pies No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Ardor, dolor punzante, nervio pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Tortícolis No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Espasticidad No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Parálisis No Si

En caso afirmativo, ¿es de aparición reciente o ha empeorado en los últimos tres años? No Si

Haga una lista de otras condiciones médicas actuales o pasadas:

Explique si se ha roto un hueso o dislocado una articulación (si es así es comprobado por cualquiera de los campos de arriba):

Epilepsia o cualquier otro tipo de convulsión No Si

En caso afirmativo, enumere el tipo de convulsión

¿Alguna convulsión durante el año pasado? No Si

Algún tipo de conducta autoagresiva durante el pasado año No Si

Conducta agresiva durante el pasado año No Si

Depresión (diagnosticado) No Si

Ansiedad (diagnosticado) No Si

Describe cualquier otro posible trastorno de la salud mental:

ENUMERE EN LA PARTE DE ABAJO CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINAS O SUPLEMENTOS (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)

Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día	Medicación, Vitamina o Suplemento	Dosis	Veces cada día

¿Es el atleta capaz de administrar su propia medicación? No Si

En caso de ser mujer, escriba la fecha del último periodo menstrual de la atleta:

Relacion con el atleta

Bi a Yfc XY HY PZcbc

7cffYc 9 YVfFebJW

Formulario Médico del Atleta- EXAMEN FISICO

(solo debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO)



Nombre del Atleta:

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	O ₂ Sat	Presión Sanguínea		Visión
<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> IMC	<input type="text"/> C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Presión Sanguínea Derecha:	Presión Sanguínea Izquierda:	Visión Ojo Derecho - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
<input type="text"/> en	<input type="text"/> lbs	<input type="text"/> Grasa corpora %	<input type="text"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visión Ojo Izquierdo - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A
Oído Derecho (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Sonidos Intestinales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Oído Izquierdo (Pase con el Dedo) <input type="checkbox"/> Responde <input type="checkbox"/> No hay Respuesta <input type="checkbox"/> No se Puede Evaluar	Hepatomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
Conducto Auditivo Derecho <input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Esplenomegalia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
Conducto Auditivo Izquierdo <input type="checkbox"/> limpio <input type="checkbox"/> Cerumen <input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño	Irritación Peritoneal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CSD <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CII							
Membrana Timpánica Derecha <input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Dolor Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo							
Membrana Timpánica Izquierda <input type="checkbox"/> limpia <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> NA	Reflejo en la extremidad superior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia							
Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Deficiente	Reflejo en la extremidad superior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia							
Agrandamiento de la Tiroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Reflejo en la extremidad inferior derecha <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia							
Agrandamiento de Ganglios Linfáticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Reflejo en la extremidad inferior izquierda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hiperreflexia							
Soplo Cardíaco (supino) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Marcha Anormal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo							
Soplo Cardíaco (de pie) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1/6 or 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 o Mayor	Espasticidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo							
Ritmo Cardíaco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Temblor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo							
Pulmones <input type="checkbox"/> limpios <input type="checkbox"/> ruidos agregados	Movilidad de la Espalda y el Cuello <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa							
Edema en la Pierna Derecha <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa							
Edema en la Pierna Izquierda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa							
Simetría del Pulso Radial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> D>I <input type="checkbox"/> I>D	Fuerza de la Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa							
Cianosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Fuerza de la Extremidad Inferior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Si no es completo, describa							
Acropaquia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo	Pérdida de Sensibilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa abajo							

- El atleta no tiene síntomas neurológicos ni se han hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial
- El atleta si tiene síntomas neurológicos o se ha hallado signos físicos que pudieran estar asociados a compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial y por ello debe someterse a una evaluación neurológica adicional para determinar mayores riesgos de lesión de la médula espinal previo a la autorización para participar en un deporte.

RECOMENDACIONES (SÓLO DEBE SER COMPLETADA POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Autorizados: Se recomienda que el examinador revise los puntos del historial médico con el atleta o su tutor, previo a la realización del examen médico. Si se considera que el atleta necesita una evaluación médica más a fondo, por favor use el Formulario de Evaluación Médica Adicional de Special Olympics, en la página 4, para otorgar al atleta autorización médica.

- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones/limitaciones
- Este atleta **es capaz de** participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON restricciones/limitaciones: (describa)**
- Este atleta **no puede participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento y debe tener una evaluación mas exhaustiva evaluado por lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Examen Cardíaco Preocupante	<input type="checkbox"/> Infección Aguda	<input type="checkbox"/> Saturación O ₂ menor al 90% en el ambiental
<input type="checkbox"/> Examen Neurológico Preocupante	<input type="checkbox"/> Estadio II de Hipertensión o Mayor	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia o Espletomegalia
<input type="checkbox"/> Otro, por favor, describa: <input type="text"/>		

Adicionalmente se sugiere lo siguiente:

- Evaluación con un cardiólogo Evaluación con un neurólogo Evaluación con un médico de atención primaria
- Evaluación con un oftalmólogo Evaluación con un otorrino Evaluación con un dentista o higienista dental
- Evaluación con un podiatra Evaluación con un fisioterapeuta Evaluación con un nutricionista
- Otro/ notas del examen:

Nombre y Apellido:

Dirección de Correo Electrónico:

Firma del Examinador Médico Autorizado:

Fecha del Examen:

Número de Teléfono:

Licencia:

Formulario Médico del Atleta –REFERENCIA MEDICA

(Debe ser completada por PROFESSIONAL MEDICO solo si es necesaria la remision)



Nombre del Atleta:

Esta página sólo debe ser completado y firmado si el médico en la página tres no borra el atleta e indica el seguimiento es necesario. El atleta debe llevar las páginas previamente completados a la cita con el especialista.

Nombre del Examinador:

Especialidad:

He examinado al atleta debido al siguiente problema(s) médico:
Describe, por favor

En mi opinión profesional, este atleta podrá participar en los deportes de Special Olympics

Si, sin restricciones Si, CON restricciones (enumerar abajo) No

Notas Adicionales del Examinador/Restricciones:

Dirección de Correo Electrónico:

Número de Teléfono:

Licencia Médica:

Firma del Examinador:

Fecha del Examen

Esta sección debe ser completada por Special Olympics Sólo personal

Este examen médico se efectuará directamente en un evento MedFest? Si No

El atleta es un socio Unificado o un participante joven atleta? Socio Unificada Joven Atleta