

# Formulario médico del atleta

**Special Olympics**  
Texas



Página 1 of 3

NUEVO     RENOVACIÓN     ACTUALIZACIÓN

Área	Código de delegación	Nombre de delegación
<input type="radio"/> Examen físico individual <input type="radio"/> MedFest® <input type="radio"/> Socio unificado ( <i>visitas médicas opcional</i> ) <input type="radio"/> Atletas jóvenes sanos		

## INFORMACIÓN DEL ATLETA

Apellido	Nombre
Segundo Nombre	Apodo
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino    Color de ojos
Dirección	Ciudad/Estado/ZIP
Teléfono particular	Teléfono móvil
Correo Electrónico	Soy mi propio guardián. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Empleador	Ciudad/Estado del empleador
Deportes en los que al atleta le interesa participar:	
Contacto de emergencia ( <i>si es diferente del Padre/Tutor a continuación</i> )	
Teléfono móvil	Relación con el Atleta

## INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Relación con el Atleta	
Apellido	Nombre
Teléfono particular	Teléfono móvil
Dirección	Ciudad/Estado/ZIP
Correo Electrónico	
Empleador	Ciudad/Estado del empleador

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL ATLETA

Médico de Atención Primaria	Teléfono del médico:
Dirección del Médico	Ciudad/Estado/ZIP
Proveedor de Seguro Médico	
El atleta tiene ( <i>marque todo lo que corresponda</i> ) <input type="radio"/> Autismo <input type="radio"/> Síndrome de Down <input type="radio"/> Síndrome X frágil <input type="radio"/> Parálisis cerebral <input type="radio"/> Síndrome de alcoholismo <input type="radio"/> Otro síndrome ( <i>por favor especificar</i> ):	
El atleta usa ( <i>marque lo que corresponda</i> ) <input type="radio"/> Dentadura postiza <input type="radio"/> Dispositivo de comunicación <input type="radio"/> Silla de ruedas <input type="radio"/> Faja <input type="radio"/> Prótesis removibles <input type="radio"/> Muletas o un andador <input type="radio"/> Entablilla <input type="radio"/> Lentes o lentes de contacto <input type="radio"/> Audífono <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Sonda G o Sonda J <input type="radio"/> Dispositivo implantado <input type="radio"/> Inhalador <input type="radio"/> Colostomía <input type="radio"/> Máquina C-PAP	
Alergias de atleta ( <i>por favor enumerar</i> ) <input type="radio"/> No hay alergias conocidas <input type="radio"/> Látex <input type="radio"/> Mordeduras o picaduras de insectos: <input type="radio"/> Alimentos: <input type="radio"/> Medicamentos:	
Necesidades dietéticas especiales	
¿El atleta tiene alguna objeción religiosa a un tratamiento médico? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, completar el formulario de objeciones.</i>	
¿El atleta sufre actualmente de alguna infección crónica o aguda? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, por favor describirla:</i>	

# Formulario médico del atleta

Página 2 of 3

**Special Olympics**  
Texas



Apellido del atleta	Nombre del atleta
---------------------	-------------------

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ATLETA			
Enumerar todas las cirugías pasadas:			
Enumerar todas las condiciones médicas en curso o pasadas:			
Enumerar todas las condiciones médicas hereditarias del atleta:			
¿Algún pariente ha muerto de problemas cardíacos antes de los 40 años de edad? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	¿Algún pariente ha muerto mientras hacía ejercicio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
¿El médico alguna vez limitó la participación del atleta en los deportes?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, por favor describirla:</i>	
¿El atleta alguna vez ha tenido un electrocardiograma anormal (ECG)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, por favor describirla:</i>	
¿El atleta alguna vez ha tenido un Ecocardiograma anormal (Eco)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, por favor describirla:</i>	
¿El atleta ha recibido una vacuna contra el tétano durante los últimos 7 años? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
POR FAVOR INDICAR SI ALGUNA VEZ EL ATLETA HA SUFRIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES			
Pérdida de consciencia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Colesterol elevado <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Asma <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Mareo durante o después del ejercicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Discapacidad visual <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Diabetes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Dolor de cabeza durante o después del ejercicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Discapacidad auditiva <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Hepatitis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Dolor en el pecho durante o después del ejercicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Bazo dilatado <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Molestias urinarias <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Dificultad para respirar durante o después del ejercicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Riñón individual <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Espina bífida <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Ritmo cardíaco irregular, acelerado o salteado <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Osteoporosis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Artritis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Defecto cardíaco congénito <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Osteopenia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Enfermedad por calor <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Ataque cardíaco <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Huesos rotos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
Cardiomiopatía <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Rasgo de células falciformes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Por favor describir cualquier quebradura de huesos o dislocación de articulaciones:</i>	
Enfermedad de las válvulas del corazón <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Sangrado fácil <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
Soplo del corazón <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Articulaciones dislocadas <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
Endocarditis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Derrame/Accidente isquémico transitorio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
Presión arterial elevada <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Convulsiones cerebrales <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
Cualquier dificultad para controlar intestinos o la vejiga <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Entumecimiento u hormigueo en las piernas, los brazos, las manos o los pies <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Debilidad en las piernas, los brazos, las manos o los pies <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Nervio quemante, punzante o pinzado o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Inclinación de cabeza <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Espasticidad <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Parálisis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, ¿esto es nuevo o ha empeorado en los últimos 3 años?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Epilepsia o cualquier tipo de trastorno convulsivo <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, enumerar los tipos de convulsiones: ¿Convulsiones durante el último año?</i>		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Conducta autolesiva durante el último año <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Conducta agresiva durante el último año		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Depresión <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Ansiedad		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Por favor describir cualquier problema de salud mental adicional:			



# Examen físico del atleta

A SER COMPLETADO SÓLO POR EL EXAMINADOR MÉDICO

**Special Olympics**  
Texas



Apellido del atleta	Nombre del atleta
---------------------	-------------------

## INFORMACIÓN MÉDICA FÍSICA DEL ATLETA

Altura _____ cm _____ in	Peso _____ kg _____ lbs	Temp _____ °C _____ °F	Ritmo cardíaco	PAO <sub>2</sub>
Presión arterial: PA Derecha		Presión arterial: PA izquierda		
Visión derecha: ¿20/40 o mejor? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> N/A		Visión izquierda: ¿20/40 o mejor? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> N/A		
Audición derecha <input type="radio"/> Responde <input type="radio"/> No responde <input type="radio"/> No se puede evaluar (Frotación de dedos) Audición izquierda <input type="radio"/> Responde <input type="radio"/> No responde <input type="radio"/> No se puede evaluar (Frotación de dedos) Canal de oído derecho <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Cerumen <input type="radio"/> Foreign Body Canal de oído izquierdo <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Cerumen <input type="radio"/> Foreign Body Membrana timpánica derecha <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Perforación <input type="radio"/> Infección Membrana timpánica izquierda <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Perforación <input type="radio"/> Infección Higiene oral <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Justa <input type="radio"/> Pobre Agrandamiento de la tiroides <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Agrandamiento de ganglios linfáticos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Soplo del corazón (decúbito supino) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1/6 or 2/6 <input type="radio"/> 3/6 o mayor Soplo del corazón (postura erguida) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1/6 or 2/6 <input type="radio"/> 3/6 o mayor Ritmo cardíaco <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular Pulmones <input type="radio"/> Claros <input type="radio"/> No claros Edema de la pierna derecha <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 4+ Edema de la pierna izquierda <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> 4+ Simetría del pulso radial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> R>L <input type="radio"/> L>R Cianosis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describir Dedos en palillo de tambor <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describir	Ruidos intestinales <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Hepatomegalia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Esplenomegalia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Sensibilidad abdominal <input type="radio"/> No <input type="radio"/> RUQ <input type="radio"/> RLQ <input type="radio"/> LUQ <input type="radio"/> LLQ Sensibilidad renal <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Izquierda Reflejo de la extremidad derecha superior <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> Hiperreflexia Reflejo de la extremidad izquierda superior <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> Hiperreflexia Reflejo de la extremidad derecha inferior <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> Hiperreflexia Reflejo de la extremidad izquierda inferior <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> Hiperreflexia Abnormal Gait <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describe Spasticity <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describe Tremor <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describe Neck & Back Mobility <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> No completa, describir Upper Extremity Mobility <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> No completa, describir Lower Extremity Mobility <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> No completa, describir Upper Extremity Strength <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> No completa, describir Lower Extremity Strength <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> No completa, describir Loss of Sensitivity <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, describe			

- El atleta **no** presenta síntomas neurológicos ni hallazgos físicos que podrían estar asociados con la compresión de la médula espinal o la inestabilidad atlantoaxial.
- El atleta presenta síntomas neurológicos o hallazgos físicos que podrían estar asociados con la compresión de la médula espinal o la inestabilidad atlantoaxial y, por lo tanto, debe recibir una evaluación neurológica adicional para descartar el riesgo adicional de lesión de la médula espinal antes de la autorización para participar en deportes.

## RECOMENDACIONES

**Examinadores médicos con licencia:** Se recomienda que el examinador revise los ítems de la historia médica con el atleta o su guardián antes de realizar el examen físico. Si se considera que un atleta necesita evaluación médica adicional, utilice la siguiente página: Formulario de Evaluación Médica Adicional de Special Olympics, con el fin de proporcionar al atleta con el alta médica.

- SÍ** - Este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics. (Utilice las Notas Adicionales del Examinador Licenciado para cualquier restricción o limitación).
- NO** - Este atleta **no** puede participar en los deportes de Special Olympics en este momento y debe ser evaluado por un médico para las siguientes preocupaciones:
  - En cuanto al examen cardíaco
  - Infección aguda
  - Presión arterial O2 menor al 90% con aire ambiental
  - En cuanto al examen neurológico
  - Hipertensión Etapa II o mayor
  - Hepatomegalia o Esplenomegalia
  - Otro, describir:

- Additional Licensed Examiner Notes:**
- Seguimiento con un cardiólogo
  - Seguimiento con un neurólogo
  - Seguimiento con un médico de atención primaria
  - Seguimiento con un especialista de la visión
  - Seguimiento con un especialista en audición
  - Seguimiento con un dentista o higienista dental
  - Seguimiento con un podólogo
  - Seguimiento con un fisioterapeuta
  - Seguimiento con un especialista en nutrición
  - Otro, por favor describir:

## FIRMA Y FECHA DEL EXAMINADOR MÉDICO

Firma del médico con licencia, asistente médico licenciado por la Junta Estatal de Examinadores Médicos Auxiliares, o una enfermera registrada reconocida como Enfermera de Práctica Avanzada por la Junta de Examinadores de Enfermeras.	Fecha del examen
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia

# Formulario de Evaluación Médica Adicional

**SÓLO USAR SI EL ATLETA NO HA SIDO APROBADO ANTERIORMENTE  
PARA PARTICIPAR EN DEPORTES EN LA PÁGINA ANTERIOR**

**Special Olympics**  
Texas



Apellido del atleta	Nombre del atleta
---------------------	-------------------

EVALUACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
Nombre del examinador	Especialidad
He examinado a este atleta por los siguientes problemas médicos: <i>Por favor describir.</i>	
<input type="radio"/> <b>SÍ</b> <input type="radio"/> <b>NO</b> En mi opinión profesional, este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics (consultar a continuación las restricciones o limitaciones).	
<b>Notas adicionales del examinador licenciado:</b>	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia

EVALUACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
Nombre del examinador	Especialidad
He examinado a este atleta por los siguientes problemas médicos: <i>Por favor describir.</i>	
<input type="radio"/> <b>SÍ</b> <input type="radio"/> <b>NO</b> En mi opinión profesional, este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics (consultar a continuación las restricciones o limitaciones).	
<b>Notas adicionales del examinador licenciado:</b>	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia

EVALUACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
Nombre del examinador	Especialidad
He examinado a este atleta por los siguientes problemas médicos: <i>Por favor describir.</i>	
<input type="radio"/> <b>SÍ</b> <input type="radio"/> <b>NO</b> En mi opinión profesional, este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics (consultar a continuación las restricciones o limitaciones).	
<b>Notas adicionales del examinador licenciado:</b>	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia