

€ NUEVO € RENOVACIÓN € ACTUALIZACIÓN

Área	Código de delegación	Nombre de delegación
€ Examen físico individual	€ MedFest®	€ Socio unificado (visitas médicas opcional) € Atletas jóvenes sanos

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

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR	
Relación con el Atleta	
Apellido	Nombre
Teléfono particular	Teléfono móvil
Dirección	

Formulario médico del atleta



Apellido del atleta	Nobre del atleta
---------------------	------------------

MEDICAMENTOS, VITAMINAS O SUPLEMENTOS DIETÉTICOS(incluye inhaladores, control de natalidad o terapia hormonal)					
Nombre del medicamento	Dosificación	Veces al día	Nombre del medicamento	Dosificación	Veces al día
¿El atleta es capaz de administrar sus propios medicamentos? € No € Si			Si es mujer, fecha del último período menstrual del atleta:		

LEER ANTES DE FIRMAR

Se entiende y se acordó lo siguiente: Si el examinador se provee de forma gratuita, no se pretende que sea un examen completo o integral. No deberá surgir ninguna relación médico-paciente del examen. El médico, la enfermera u otra persona involucrada en el examen no tiene ninguna obligación de proporcionar un diagnóstico, tratamiento, asesoramiento, consulta o cualquier atención de seguimiento bajo ninguna circunstancia. El hecho de que cualquier persona sea autorizada a participar en cualquier deporte u otra actividad no significa y no debe ser interpretado como la opinión del médico o de la enfermera que

la persona examinada es saludable, sin necesidad de ningún cuidado, o que puede participar en cualquier deporte u otra actividad sin riesgos médicos graves. Cualquier reclamación en contra del médico, la enfermera u otra persona involucrada en el examen será sometida a un arbitraje vinculante según las reglas y los procedimientos de la Asociación Americana de Arbitraje. La persona examinada y cualquier persona que suscriba en su nombre promete indemnizar al médico o la enfermera de cualquier y todo daño, reclamación o pérdida, incluyendo lesiones o muerte que supuestamente surjan de, o estén relacionados de cualquier modo con el examen.

Participación: Por la presente, doy mi permiso para que el participante nombrado arriba participe en cualquier actividad o evento de cualquier tipo de Special Olympics. Entiendo que la participación en la competencia local o de área no garantiza el avance a los Juegos Estatales o Mundiales. Los atletas deben estar registrados mediante este formulario de autorización antes de que atleta realice cualquier tipo de entrenamiento.

Médico: Yo represento y le garantizo a usted que el atleta está física y mentalmente preparado para participar en Special Olympics Texas.

Renuncia: En mi nombre y en nombre del atleta, reconozco que el atleta utilizará las instalaciones bajo su propio riesgo y que, en mi propio nombre, por la presente, libero a los médicos, los organizadores, oficiales, directores, agentes o empleados de Special Olympics Texas de cualquier reclamación por daños o demanda por causa de cualquier lesión, enfermedad o daño a personas o bienes propios o del atleta.

Hospitalización: Si no estoy personalmente presente en el evento en el cual el atleta estará compitiendo con el fin de ser consultado en caso de emergencia, usted quedará autorizado en mi nombre y en mi cuenta de adoptar tal medida y de encargarse de obtener los tratamientos médicos y hospitalarios que considere conveniente para la salud y el bienestar del atleta.

Medios: Al permitir que el atleta participe, específicamente doy permiso para utilizar el nombre, imagen, voz, palabras e información biográfica del atleta en televisión, radio, cine, periódicos, revistas, páginas web y otros medios de comunicación, y en cualquier formato no descrito hasta ahora para los fines de publicidad o comunicación de los fines y las actividades de Special Olympics Texas y en la apelación por fondos para apoyar tales actividades.

Política de Vivienda de SOTX: Para cualquier viaje trasnoche, se requieren una proporción de 4 a 1 de atletas a chaperones específicos al género (consultar SIG Sección N por un desglose específico). No podrán dormir en la misma habitación atletas ni voluntarios de sexos opuestos. Las únicas excepciones son: si los atletas/voluntarios están casados; o si el chaperón es un miembro de la familia del género opuesto. Los Socios Unificados menores de 17 años deberán estar incluidos en la proporción con requerimiento de chaperón.

FIRMA Y FECHA DEL ATLETA O PADRE/GUARDIÁN	
El atleta puede firmar si es mayor de 18 años de edad y si es su propio guardián. De lo contrario, debe firmar un padre o guardián.	
Nombre en letra de imprenta	Marcar uno: € Padre € Guardián € Athlete Atleta (mayores de 18 años y propio guardián)
Firma	Fecha

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

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

--	--