

ATHLETE REGISTRATION FORM

Special Olympics



National Special Olympics Program: _____ Delegation: _____

Are you a new athlete to Special Olympics or Re-Registering? New Athlete Re-Registering

ATHLETE INFORMATION			
First Name:		Middle Name:	
Last Name:		Preferred Name:	
Date of Birth (dd/mm/yyyy):		Female Male	
Race/Ethnicity (Optional):			
Language(s) Spoken in Athlete's Home (Optional):			
Street Address:		City:	
State/Province:		Country:	Postal Code:
Phone:		E-mail:	
Sports/Activities:			
Does the athlete have the capacity to consent to medical treatment on his or her own behalf? Yes No			
PARENT / GUARDIAN INFORMATION (required if minor or otherwise has a legal guardian)			
Name:			
Relationship:			
Same Contact Info as Athlete			
Street Address:		City:	
State/Province:		Country:	Postal Code:
Phone:		E-mail:	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION			
Same as Parent/Guardian			
Name:			
Phone:		Relationship:	
PHYSICIAN INFORMATION			
Physician Name:			
Physician Phone:			

ATHLETE RELEASE FORM

Special Olympics



I agree to the following:

1. **Ability to Participate.** I am physically able to take part in Special Olympics activities.
2. **Likeness Release.** I give permission to Special Olympics, Inc., Special Olympics games organizing committees, and Special Olympics accredited Programs (collectively "Special Olympics") to use my likeness, photo, video, name, voice, words, and biographical information to promote Special Olympics and raise funds for Special Olympics.
3. **Risk of Concussion and Other Injury.** I know there is a risk of injury. I understand the risk of continuing to play sports with or after a concussion or other injury. I may have to get medical care if I have a suspected concussion or other injury. I also may have to wait 7 days or more and get permission from a doctor before I start playing sports again.
4. **Emergency Care.** If I am unable, or my guardian is unavailable, to consent or make medical decisions in an emergency, I authorize Special Olympics to seek medical care on my behalf, unless I mark one of these boxes:

I have a religious or other objection to receiving medical treatment. (Not common.)

I do not consent to blood transfusions. (Not common.)

(If either box is marked, an EMERGENCY MEDICAL CARE REFUSAL FORM must be completed.)

5. **Overnight Stay.** For some events, I may stay in a hotel or someone's home. If I have questions, I will ask.
6. **Health Programs.** If I take part in a health program, I consent to health activities, screenings, and treatment. This should not replace regular health care. I can say no to treatment or anything else at any time.
7. **Personal Information.** I understand that Special Olympics will be collecting my personal information as part of my participation, including my name, image, address, telephone number, health information, and other personally identifying and health related information I provide to Special Olympics ("personal information").
 - I agree and consent to Special Olympics:
 - using my personal information in order to: make sure I am eligible and can participate safely; run trainings and events; share competition results (including on the Web and in news media); provide health treatment if I participate in a health program; analyze data for the purposes of improving programming and identifying and responding to the needs of Special Olympics participants; perform computer operations, quality assurance, testing, and other related activities; and provide event-related services.
 - using my contact information for communicating with me about Special Olympics.
 - sharing my personal information with (i) researchers, business partners, public health agencies, and other organizations that are studying intellectual disabilities and the impact of Special Olympics activities, (ii) medical professionals in an emergency, and (iii) government authorities for the purpose of assisting me with any visas required for international travel to Special Olympics events and for any other purpose necessary to protect public safety, respond to government requests, and report information as required by law.
 - I understand Special Olympics is a global organization with headquarters in the United States of America. I acknowledge that my personal information may be stored and processed in countries outside my country of residence, including the United States. Such countries may not have the same level of personal data protection as my country of residence, and I agree that the laws of the United States will govern your processing of my personal information as provided in this consent.
 - I have the right to ask to see my personal information or to be informed about the personal information that is processed about me. I have the right to ask to correct and delete my personal information, and to restrict the processing of my personal information if it is inconsistent with this consent.
 - **Privacy Policy.** Personal information may be used and shared consistent with this form and as further explained in the Special Olympics privacy policy at www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Athlete Name:	E-mail:
ATHLETE SIGNATURE (required for adult athlete with capacity to sign legal documents)	
I have read and understand this form. If I have questions, I will ask. By signing, I agree to this form.	
Athlete Signature:	Date:
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (required for athlete who is a minor or lacks capacity to sign legal documents)	
I am a parent or guardian of the athlete. I have read and understand this form and have explained the contents to the athlete as appropriate. By signing, I agree to this form on my own behalf and on behalf of the athlete.	
Parent/Guardian Signature:	Date:
Printed Name:	Relationship:

**WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY, ASSUMPTION OF RISK AND INDEMNIFICATION
AGREEMENT FOR COMMUNICABLE DISEASES
("Agreement") for
SPECIAL OLYMPICS**

In consideration of being allowed to participate in any way in Special Olympics sports training, competition or fundraising activities, the undersigned acknowledges, appreciates, and agrees that:

1. Participation includes possible exposure to and illness from infectious and/or communicable diseases including but not limited to MRSA, influenza, and COVID-19. While particular rules and personal discipline may reduce this risk, the risk of serious illness and death does exist; and,
2. I KNOWINGLY AND FREELY ASSUME ALL SUCH RISKS, both known and unknown, EVEN IF ARISING FROM THE NEGLIGENCE OF THE RELEASEES or others, and assume full responsibility for my participation; and,
3. I willingly agree to comply with the stated and customary terms and conditions for participation as regards protection against infectious diseases. If, however, I observe and any unusual or significant hazard during my presence or participation, I will remove myself from participation and bring such to the attention of the nearest official immediately; and,
4. I, for myself and on behalf of my heirs, assigns, personal representatives and next of kin, HEREBY RELEASE AND HOLD HARMLESS Special Olympics, Inc, Special Olympics **Texas** their officers, officials, agents, and/or employees, other participants, sponsoring agencies, sponsors, advertisers, and if applicable, owners and lessors of premises used to conduct the event ("RELEASEES"), WITH RESPECT TO ANY AND ALL ILLNESS, DISABILITY, DEATH, or loss or damage to person or property, WHETHER ARISING FROM THE NEGLIGENCE OF RELEASEES OR OTHERWISE, to the fullest extent permitted by law.

I HAVE READ THIS RELEASE OF LIABILITY AND ASSUMPTION OF RISK AGREEMENT, FULLY UNDERSTAND ITS TERMS, UNDERSTAND THAT I HAVE GIVEN UP SUBSTANTIAL RIGHTS BY SIGNING IT, AND SIGN IF FREELY AND VOLUNTARILY WITHOUT ANY INDUCEMENT.

Name of Participant: _____

Participant Signature: _____

Date signed: _____

FOR PARTICIPANTS OF MINORITY AGE (UNDER AGE 18 AT THE TIME OF REGISTRATION)

This is to certify that I, as parent/guardian, with legal responsibility for this participant, have read and explained the provisions in this waiver/release to my child/ward including the risks of presence and participation and his/her personal responsibilities for adhering to the rules and regulations for protection against communicable diseases. Furthermore, my child/ward understands and accepts these risks and responsibilities. I for myself, my spouse, and child/ward do consent and agree to his/her release provided above for all the Releasees and myself, my spouse, and child/ward do release and agree to indemnify and hold harmless the Releasees for any and all liabilities incident to my minor child's/ward's presence or participation in these activities as provided above, EVEN IF ARISING FROM THEIR NEGLIGENCE, to the fullest extent provided by law.

Name of parent/guardian: _____

Parent guardian/signature: _____

Date signed: _____

Athlete Medical Form – HEALTH HISTORY

(To be completed by the athlete or parent/guardian/caregiver and brought to exam)

**Special
Olympics**



Athlete First & Last Name: _____

Preferred Name: _____

Athlete Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____

Female

Male

Other Gender Identity

STATE PROGRAM: _____

E-mail: _____

ASSOCIATED CONDITIONS - Does the athlete have (check any that apply):

Autism

Down Syndrome

Fragile X Syndrome

Cerebral Palsy

Fetal Alcohol Syndrome

Other Syndrome, please specify: _____

ALLERGIES & DIETARY RESTRICTIONS

No Known Allergies

Latex

Medications: _____

Insect Bites or Stings: _____

Food: _____

ASSISTIVE DEVICES - Does the athlete use (check any that apply):

Brace

Colostomy

Communication Device

C-PAP Machine

Crutches or Walker

Dentures

Glasses or Contacts

G-Tube or J-Tube

Hearing Aid

Implanted Device

Inhaler

Pacemaker

Removable Prosthetics

Splint

Wheel Chair

List any special dietary needs: _____

SPORTS PARTICIPATION

List all Special Olympics sports the athlete wishes to play: _____

Has a doctor ever limited the athlete's participation in sports?

No

Yes

If yes, please describe: _____

SURGERIES, INFECTIONS, VACCINES

List all past surgeries: _____

Does the athlete currently have any chronic or acute infection?

No

Yes

If yes, please describe: _____

Has the athlete ever had an abnormal Electrocardiogram (EKG) or Echocardiogram (Echo)? If yes, describe date and results

Yes, had abnormal EKG

Yes, had abnormal Echo

Has the athlete had a Tetanus vaccine in the past 7 years? No Yes

EPILEPSY AND/OR SEIZURE HISTORY

Epilepsy or any type of seizure disorder

No

Yes

If yes, list seizure type: _____

If yes, had seizure during the past year?

No

Yes

MENTAL HEALTH

Self-injurious behavior during the past year

No

Yes

Depression (diagnosed)

No

Yes

Aggressive behavior during the past year

No

Yes

Anxiety (diagnosed)

No

Yes

Describe any additional mental health concerns: _____

FAMILY HISTORY

Has any relative died of a heart problem before age 50?

No

Yes

Has any family member or relative died while exercising?

No

Yes

List all medical conditions that run in the athlete's family: _____

Athlete Medical Form – HEALTH HISTORY

(To be completed by the athlete or parent/guardian/caregiver and brought to Exam)



Athlete's First and Last Name: _____

HAS THE ATHLETE EVER BEEN DIAGNOSED WITH OR EXPERIENCED ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS

Loss of Consciousness	No	Yes	High Blood Pressure	No	Yes	Stroke/TIA	No	Yes
Dizziness during or after exercise	No	Yes	High Cholesterol	No	Yes	Concussions	No	Yes
Headache during or after exercise	No	Yes	Vision Impairment	No	Yes	Asthma	No	Yes
Chest pain during or after exercise	No	Yes	Hearing Impairment	No	Yes	Diabetes	No	Yes
Shortness of breath during or after exercise	No	Yes	Enlarged Spleen	No	Yes	Hepatitis	No	Yes
Irregular, racing or skipped heart beats	No	Yes	Single Kidney	No	Yes	Urinary Discomfort	No	Yes
Congenital Heart Defect	No	Yes	Osteoporosis	No	Yes	Spina Bifida	No	Yes
Heart Attack	No	Yes	Osteopenia	No	Yes	Arthritis	No	Yes
Cardiomyopathy	No	Yes	Sickle Cell Disease	No	Yes	Heat Illness	No	Yes
Heart Valve Disease	No	Yes	Sickle Cell Trait	No	Yes	Broken Bones	No	Yes
Heart Murmur	No	Yes	Easy Bleeding	No	Yes	Dislocated Joints	No	Yes
Endocarditis	No	Yes	If female athlete, list date of last menstrual period: _____					

Describe any past broken bones or dislocated joints

(if yes is checked for either of those fields above):

List any other ongoing or past medical conditions:

Neurological Symptoms for Spinal Cord Compression and Atlanto-axial Instability

Difficulty controlling bowels or bladder	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Numbness or tingling in legs, arms, hands or feet	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Weakness in legs, arms, hands or feet	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Burner, stinger, pinched nerve or pain in the neck, back, shoulders, arms, hands, buttocks, legs or feet	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Head Tilt	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Spasticity	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes
Paralysis	No	Yes	If yes, is this new or worse in the past 3 years?	No	Yes

PLEASE LIST ANY MEDICATION, VITAMINS OR DIETARY SUPPLEMENTS BELOW

(includes inhalers, birth control or hormone therapy)

Medication, Vitamin or Supplement Name	Dosage	Times per Day	Medication, Vitamin or Supplement Name	Dosage	Times per Day	Medication, Vitamin or Supplement Name	Dosage	Times per Day

Is the athlete able to administer his or her own medications? No Yes

Name of Person Completing this Form	Relationship to Athlete	Phone	Email
-------------------------------------	-------------------------	-------	-------

Athlete Medical Form – PHYSICAL EXAM

(To be completed by a Licensed Medical Professional qualified to conduct exams & prescribe medications)



Athlete's First and Last Name: _____ Date of Birth: _____

MEDICAL PHYSICAL INFORMATION

(To be completed by a Licensed Medical Professional qualified to conduct physical exams and prescribe medications)

Height	Weight	BMI (optional)	Temperature	Pulse	O ₂ Sat	Blood Pressure (in mmHg)		Vision			
cm	kg	BMI	C			BP Right:	BP Left:	Right Vision 20/40 or better	No	Yes	N/A
in	lbs	Body Fat %	F					Left Vision 20/40 or better	No	Yes	N/A
Right Hearing (Finger Rub)	Responds	No Response	Can't Evaluate			Bowel Sounds	Yes	No			
Left Hearing (Finger Rub)	Responds	No Response	Can't Evaluate			Hepatomegaly	No	Yes			
Right Ear Canal	Clear	Cerumen	Foreign Body			Splenomegaly	No	Yes			
Left Ear Canal	Clear	Cerumen	Foreign Body			Abdominal Tenderness	No	RUQ	RLQ	LUQ	LLQ
Right Tympanic Membrane	Clear	Perforation	Infection	NA		Kidney Tenderness	No	Right	Left		
Left Tympanic Membrane	Clear	Perforation	Infection	NA		Right upper extremity reflex	Normal	Diminished		Hyperreflexia	
Oral Hygiene	Good	Fair	Poor			Left upper extremity reflex	Normal	Diminished		Hyperreflexia	
Thyroid Enlargement	No	Yes				Right lower extremity reflex	Normal	Diminished		Hyperreflexia	
Lymph Node Enlargement	No	Yes				Left lower extremity reflex	Normal	Diminished		Hyperreflexia	
Heart Murmur (supine)	No	1/6 or 2/6	3/6 or greater			Abnormal Gait	No	Yes, describe below			
Heart Murmur (upright)	No	1/6 or 2/6	3/6 or greater			Spasticity	No	Yes, describe below			
Heart Rhythm	Regular	Irregular				Tremor	No	Yes, describe below			
Lungs	Clear	Not clear				Neck & Back Mobility	Full	Not full, describe below			
Right Leg Edema	No	1+ 2+ 3+ 4+				Upper Extremity Mobility	Full	Not full, describe below			
Left Leg Edema	No	1+ 2+ 3+ 4+				Lower Extremity Mobility	Full	Not full, describe below			
Radial Pulse Symmetry	Yes	R>L L>R				Upper Extremity Strength	Full	Not full, describe below			
Cyanosis	No	Yes, describe				Lower Extremity Strength	Full	Not full, describe below			
Clubbing	No	Yes, describe				Loss of Sensitivity	No	Yes, describe below			

SPINAL CORD COMPRESSION & ATLANTO-AXIAL INSTABILITY (AAI) (Select one)

Athlete shows **NO EVIDENCE** of neurological symptoms or physical findings associated with spinal cord compression or atlanto-axial instability. **OR**

Athlete has neurological symptoms or physical findings that could be associated with spinal cord compression or atlanto-axial instability and **must receive an additional neurological evaluation** to rule out additional risk of spinal cord injury prior to clearance for sports participation.

ATHLETE CLEARANCE TO PARTICIPATE (TO BE COMPLETED BY EXAMINER ONLY)

Licensed Medical Examiners: It is recommended that the examiner review items on the medical history with the athlete or their guardian, prior to performing the physical exam. If an athlete needs further medical evaluation please make a referral below and second physician for referral should complete page 4.

This athlete is **ABLE** to participate in Special Olympics sports without restrictions.

This athlete is **ABLE** to participate in Special Olympics sports **WITH** restrictions. Describe → _____

This athlete **MAY NOT participate** in Special Olympics sports at this time & **MUST** be further evaluated by a physician for the following concerns:

Concerning Cardiac Exam

Acute Infection

O₂ Saturation Less than 90% on Room Air

Concerning Neurological Exam

Stage II Hypertension or Greater

Hepatomegaly or Splenomegaly

Other, please describe:

Additional Licensed Examiner's Notes and Recommended (but not required) Follow-up:

Follow up with a cardiologist

Follow up with a neurologist

Follow up with a primary care physician

Follow up with a vision specialist

Follow up with a hearing specialist

Follow up with a dentist or dental hygienist

Follow up with a podiatrist

Follow up with a physical therapist

Follow up with a nutritionist

Other/Exam Notes:

Name:

E-mail:

Signature of Licensed Medical Examiner

Exam Date

Phone:

License #:

Athlete Medical Form – MEDICAL REFERRAL FORM

(To be completed by a Licensed Medical Professional only if referral is needed)



Athlete's First and Last Name: _____

This page only needs to be completed and signed if the physician on page three does not clear the athlete and indicates further evaluation is required.

Athlete should bring the previously completed pages to the appointment with the specialist.

Examiner's Name: _____

Specialty: _____

I have been asked to perform an additional athlete exam for the following medical concern(s) - *Please describe:*

Concerning Cardiac Exam

Acute Infection

O₂ Saturation Less than 90% on Room Air

Concerning Neurological Exam

Stage II Hypertension or Greater

Hepatomegaly or Splenomegaly

Other, please describe:

In my professional opinion, this athlete MAY now participate in Special Olympics sports (indicate restrictions or limitations below):

Yes

Yes, but with restrictions (*list below*)

No

Additional Examiner Notes/Restrictions:

Examiner E-mail: _____

Examiner Phone: _____

License: _____

Examiner's Signature

Date

This section to be completed by Special Olympics staff only, if applicable.

This medical exam was completed at a MedFest event?

Yes

No

The athlete is a Unified Partner or a Young Athlete Participant?

Unified Partner

Young Athlete

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales: _____

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción?

☐ Atleta Nuevo

☐ Re - Inscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA			
Nombre:		Segundo Nombre:	
Apellidos:		Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):		☐ Femenino ☐ Masculino	
Raza/Origen Étnico (Opcional):			
Idioma(s) habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):			
Dirección. Calle y Número:		Ciudad:	
Estado/provincia:		País:	Código Postal:
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:			
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? Si No			
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)			
Nombre:			
Relación:			
☐ La misma información de contacto del Atleta			
Dirección. Calle y Número:		Ciudad:	
Estado/provincia:		País:	Código Postal:
Teléfono:		Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
☐ La misma del Padre o Tutor			
Nombre:			
Teléfono:		Relación o Parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO			
Nombre del Médico:			
Teléfono del Médico:			

FORMULARIO DE EXENCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
- Liberación de Semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Olimpiadas Especiales ya los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales") para utilizar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deporte después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. También es posible que tenga que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de comenzar a practicar deportes nuevamente.
- Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:

- ☐ Tengo una objeción religiosa u otra para recibir tratamiento médico. (No común)
- ☐ No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)

(Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)

- Pernoctación.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré.
- Programas de Salud** Si participo en un programa de salud, consiento las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
- Información Personal.** Entiendo que Special Olympics recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcioné a Special Olympics ("información personal"). La organización responsable de proteger mi información personal de conformidad con la ley de protección de datos personales, es el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto en www.SpecialOlympics.org/Programs).
 - Entiendo que Special Olympics está usando mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir los resultados de la competencia (incluso en la web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar los datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
 - Entiendo que Special Olympics puede divulgar mi información personal con (i) profesionales médicos en caso de emergencia, y (ii) con las autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme con las visas necesarias para viajes internacionales a eventos de Special Olympics y para cualquier otro propósito necesario para proteger seguridad pública, responda a las solicitudes del gobierno e informe la información según lo exige la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con sede en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en algún país distinto al mío, donde resido, incluyendo los Estados Unidos de América. Dichos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia.
 - Tengo el derecho de solicitar corrección o eliminación de mi información personal, y de restringir el procesamiento que se haga de la misma. También tengo el derecho de que, a mi solicitud, mi información personal se comparta con otras organizaciones. Tengo el derecho de presentar una queja ante una autoridad de protección de datos local.
 - Política de Privacidad.** La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
Estoy de acuerdo en que Olimpiadas Especiales (marque por favor): ☐ Usar mi información de contacto para enviarme materiales de marketing de Olimpiadas Especiales. ☐ Compartir mi información personal de forma confidencial con investigadores, como universidades o agencias de salud pública, que están estudiando las discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales.	
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento que haya dado bajo este formulario con efecto futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Al firmar, acepto este formulario.	
Firma del Atleta:	Fecha:
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy el familiar o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al atleta según corresponda. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Por mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre Impreso:	Relación o Parentesco:



Special Olympics
Texas

RENUNCIA OFICIAL Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES CONTAGIOSAS ("Acuerdo") PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES.

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el entrenamiento deportivo, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de Special Olympics Texas, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta lo siguiente:

1. La participación incluye la posible exposición a una enfermedad de enfermedades infecciosas y /o transmisibles que incluyen, entre otras, MRSA, influenza y COVID-19. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte.
2. ASUMO CON CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS DICHOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS o de otros, y asumo toda la responsabilidad de mi participación.
3. Acepto voluntariamente cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo notificaré al funcionario más cercano de inmediato.
4. Yo, para mí y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, HEARBY LIBERAR Y MANTENER INOFENSIVOS Special Olympics, Inc., Special Olympics Texas, sus oficiales, oficiales, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, en su caso, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("COMUNICADOS") CON RESPECTO A TODAS LAS ENFERMEDADES, DISCAPACIDADES, MUERTE, pérdidas o daños a personas o bienes, YA SEA DERIVADO DE LA



Special Olympics
Texas

NEGLIGENCIA DE LAS AUTORIZACIONES O DE OTRO MODO, en la máxima medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS, ENTIENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y FIRMAR LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDICADOR.

Nombre del participante: _____

Firma de participante: _____

Fecha de Firma: _____

PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA O PARTICIPANTES BAJO TUTELA

Esto es para certificar que yo, como padre / tutor, con la responsabilidad legal de este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia / autorización a mi hijo / pupilo, incluidos los riesgos de presencia y participación y sus responsabilidades personales, por adherirse a las normas y reglamentos de protección contra enfermedades transmisibles. Además, mi hijo / pupilo comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, por mí mismo, mi cónyuge y mi hijo / pupilo doy mi consentimiento y acepto su liberación prevista anteriormente para todos los Liberados y yo, mi cónyuge e hijo / pupilo liberamos y acepto indemnizar y mantener indemne a los Liberados por todas y cada una de las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo / pupilo en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA,

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha de firma: _____

Nombre y apellido del atleta: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento del atleta (mm/dd/aaaa): _____ ☐ Femenino ☐ Masculino

PAÍS: _____ E-mail: _____

AFECCIONES ASOCIADAS- El atleta tiene (marque lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Autismo | ☐ Síndrome de Down | ☐ Síndrome X frágil |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Síndrome alcohólico fetal | |
| ☐ Otro síndrome, por favor especifique: _____ | | |

ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS

- ☐ No se conocen alergias
- ☐ Látex
- ☐ Medicación:
- ☐ Mordeduras o picaduras de insectos:
- ☐ Alimentos:

DISPOSITIVOS DE AYUDA - El atleta usa (marque lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Soporte ortopédico | ☐ Colostomía | ☐ Dispositivo de comunicación |
| ☐ Máquina CPAP | ☐ Muletas o andador | ☐ Dentaduras |
| ☐ Anteojos o lentes de contacto | ☐ Sonda gástrica o sonda en J | ☐ Audífono |
| ☐ Dispositivo implantado | ☐ Inhalador | ☐ Marcapasos |
| ☐ Prótesis removible | ☐ Férula | ☐ Silla de ruedas |

Indique cualquier necesidad dietética especial: _____

PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Indique todos los deportes de Olimpiadas Especiales en los que el atleta desea jugar: _____

¿Ha limitado un médico alguna vez la participación del atleta en un deporte?

☐ No ☐ Sí

Si indicó "sí", por favor describa: _____

CIRUGÍAS, INFECCIONES, VACUNAS

Indique todas las cirugías que ha tenido: _____

¿Tiene el atleta alguna infección crónica o aguda en la actualidad?

☐ No ☐ Sí

Si indicó "sí", por favor describa: _____

¿Ha tenido el atleta alguna vez un electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía (ECO) anormales? *Si indicó "sí", describa la fecha y los resultados*

- ☐ Sí, tuvo un ECG anormal
- ☐ Sí, tuvo una ECO anormal

¿Ha recibido el atleta una vacuna antitetánica en los últimos 7 años? ☐ No ☐ Sí

HISTORIAL DE EPILEPSIA Y/O CONVULSIONES

Epilepsia o cualquier tipo de trastorno con convulsiones ☐ No ☐ Sí

Si indicó "sí", indique el tipo de convulsión: _____

Si indicó "sí", ¿tuvo una convulsión durante el último año? ☐ No ☐ Sí

SALUD MENTAL

Conducta autolesiva durante el último año	☐ No ☐ Sí	Depresión (diagnosticada)	☐ No ☐ Sí
Conducta agresiva durante el último año	☐ No ☐ Sí	Ansiedad (diagnosticada)	☐ No ☐ Sí

Describa cualquier problema de salud mental adicional: _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco antes de los 50 años de edad? ☐ No ☐ Sí

¿Ha fallecido algún familiar o pariente mientras hacía ejercicio? ☐ No ☐ Sí

Indique todas las afecciones médicas que existen en la familia del atleta: _____

Formulario Médico del Atleta – HISTORIAL MÉDICO

(Debe ser completado por el atleta o el padre/madre/tutor/cuidador y traído al Examen)



Nombre y apellido del atleta: _____

¿ALGUNA VEZ SE LE DIAGNOSTICÓ O EXPERIMENTÓ EL ATLETA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?								
Pérdida de conciencia	☐ No	☐ Sí	Presión arterial alta	☐ No	☐ Sí	ACV/AIT	☐ No	☐ Sí
Mareos durante o después de hacer ejercicio	☐ No	☐ Sí	Nivel elevado de colesterol	☐ No	☐ Sí	Conmociones cerebrales	☐ No	☐ Sí
Dolor de cabeza durante o después de hacer ejercicio	☐ No	☐ Sí	Deficiencia visual	☐ No	☐ Sí	Asma	☐ No	☐ Sí
Dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio	☐ No	☐ Sí	Deficiencia auditiva	☐ No	☐ Sí	Diabetes	☐ No	☐ Sí
Dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio	☐ No	☐ Sí	Bazo agrandado	☐ No	☐ Sí	Hepatitis	☐ No	☐ Sí
Latidos de corazón irregulares, acelerados u omitidos	☐ No	☐ Sí	Riñón único	☐ No	☐ Sí	Molestia urinaria	☐ No	☐ Sí
Defecto cardíaco congénito	☐ No	☐ Sí	Osteoporosis	☐ No	☐ Sí	Espina bífida	☐ No	☐ Sí
Ataque al corazón	☐ No	☐ Sí	Osteopenia	☐ No	☐ Sí	Artritis	☐ No	☐ Sí
Cardiomiopatía	☐ No	☐ Sí	Anemia drepanocítica (celulas falciformes)	☐ No	☐ Sí	Enfermedad por calor	☐ No	☐ Sí
Valvulopatía cardíaca	☐ No	☐ Sí	Rasgo drepanocítico	☐ No	☐ Sí	Huesos rotos	☐ No	☐ Sí
Soplo del corazón	☐ No	☐ Sí	Sangrado fácil	☐ No	☐ Sí	Articulaciones dislocadas	☐ No	☐ Sí
Endocarditis	☐ No	☐ Sí	Si es una atleta femenina, indique la fecha del último período menstrual:					
Describa cualquier hueso roto o articulación dislocada en el pasado (si indicó "sí" para cualquier de estos cambios previamente):								
Indique cualquier otra afección médica actual o pasada:								

Síntomas neurológicos para la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial					
Dificultad para controlar las deposiciones o la vejiga	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Debilidad en piernas, brazos, manos o pies	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Nervio quemante, punzante o pinchado, o dolor en el cuello, espalda, hombros, brazos, manos, nalgas, piernas o pies	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Inclinación de la cabeza	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Espasticidad	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí
Parálisis	☐ No	☐ Sí	Si indicó "sí", ¿es nuevo o está peor en los últimos 3 años?	☐ No	☐ Sí

INDIQUE POR FAVOR CUALQUIER MEDICACIÓN, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO ABAJO (incluye inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)								
Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitamina o suplemento	Dosis	Veces por día

¿Puede el atleta administrarse su propia medicación? ☐ No ☐ Sí

Nombre de la persona que completa este formulario		Relación con el atleta	Teléfono	E-mail
---	--	------------------------	----------	--------

Formulario Médico del Atleta – EXAMEN FÍSICO

(Debe ser completado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Debe ser completada por un Profesional Médico Certificado, calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno	Presión arterial (en mmHg)		Visión
cm	kg	IMC	C			PA derecha:	PA izquierda:	Visión derecha - 20/40 o mejor ☐ No ☐ Sí ☐ N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F					Visión izquierda - 20/40 o mejor ☐ No ☐ Sí ☐ N/D

Audición derecha (frote de dedos) ☐ Responde ☐ Sin respuesta ☐ No evaluar
 Audición izquierda (frote de dedos) ☐ Responde ☐ Sin respuesta ☐ No evaluar
 Canal auditivo derecho ☐ Despejado ☐ Cerumen ☐ Cuerpo extraño
 Canal auditivo izquierdo ☐ Despejado ☐ Cerumen ☐ Cuerpo extraño
 Tímpano derecho ☐ Despejado ☐ Perforación ☐ Infección ☐ NA
 Tímpano izquierdo ☐ Despejado ☐ Perforación ☐ Infección ☐ NA
 Higiene bucal ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
 Agrandamiento de la tiroides ☐ No ☐ Sí
 Agrandamiento de nódulos linfáticos ☐ No ☐ Sí
 Soplo del corazón (supina) ☐ No ☐ 1/6 o 2/6 ☐ 3/6 o mayor
 Soplo del corazón (vertical) ☐ No ☐ 1/6 o 2/6 ☐ 3/6 o mayor
 Ritmo cardíaco ☐ Regular ☐ Irregular
 Pulmones ☐ Despejados ☐ No despejados
 Edema en la pierna derecha ☐ No ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+
 Edema en la pierna izquierda ☐ No ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+
 Simetría del pulso radial ☐ Sí ☐ D>I ☐ I>D
 Cianosis ☐ No ☐ Sí, describa
 Dedos hipocráticos ☐ No ☐ Sí, describa

Sonidos intestinales ☐ Sí ☐ No
 Hepatomegalia ☐ No ☐ Sí
 Esplenomegalia ☐ No ☐ Sí
 Sensibilidad abdominal ☐ No ☐ CSD ☐ CID ☐ CSI ☐ CII
 Sensibilidad renal ☐ No ☐ Derecho ☐ Izquierdo
 Reflejo del miembro superior (D) ☐ Normal ☐ Reducido ☐ Hiperreflexia
 Reflejo del miembro superior (I) ☐ Normal ☐ Reducido ☐ Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (D) ☐ Normal ☐ Reducido ☐ Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (I) ☐ Normal ☐ Reducido ☐ Hiperreflexia
 Marcha anormal ☐ No ☐ Sí, describa abajo
 Espasticidad ☐ No ☐ Sí, describa abajo
 Temblor ☐ No ☐ Sí, describa abajo
 Movilidad del cuello y la espalda ☐ Plena ☐ No plena, describa
 Movilidad de miembros superiores ☐ Plena ☐ No plena, describa
 Movilidad de miembros inferiores ☐ Plena ☐ No plena, describa
 Fortaleza de los miembros superiores ☐ Plena ☐ No plena, describa
 Fortaleza de los miembros inferiores ☐ Plena ☐ No plena, describa
 Pérdida de sensibilidad ☐ No ☐ Sí, describa abajo

COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (IAA) (Seleccione una)

- ☐ El atleta no muestra NINGUNA EVIDENCIA de síntomas neurológicos o manifestaciones físicas asociadas con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial. **O**
☐ El atleta tiene síntomas neurológicos o manifestaciones físicas que podrían asociarse con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial, y **deberá tener una evaluación neurológica adicional** para descartar el riesgo adicional de una lesión de la médula espinal antes de ser autorizado a participar en deportes.

AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (DEBE SER COMPLETADO SOLO POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise los ítem del historial médico con el atleta o su tutor antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, por favor haga una remisión abajo y el segundo médico de la remisión deberá completar la página 4.

- ☐ Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones.
☐ Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON** restricciones. Describa ➔
☐ Este atleta **NO PODRÁ participar** en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento, y **DEBERÁ** ser tener una evaluación adicional de un médico por las siguientes inquietudes:
☐ Con relación al examen cardíaco ☐ Infección aguda ☐ Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
☐ Con relación al examen neurológico ☐ Hipertensión de etapa 2 o mayor ☐ Hepatomegalia o esplenomegalia
☐ Otro, por favor describa:

Notas adicionales del Examinador Certificado y seguimiento recomendado (pero no exigido):

- ☐ Seguimiento con un cardiólogo ☐ Seguimiento con un neurólogo ☐ Seguimiento con un médico de cabecera
☐ Seguimiento con un especialista de la visión ☐ Seguimiento con un especialista de la audición ☐ Seguimiento con un dentista o higienista dental
☐ Seguimiento con un podólogo ☐ Seguimiento con un terapeuta físico ☐ Seguimiento con un nutricionista
☐ Otro/Notas del examen:

Firma del Profesional Médico Certificado	Nombre:
	E-mail:
	Teléfono:
	Número de licencia:



Nombre del atleta: _____

Esta página solo necesita ser completada y firmada si el médico de la página tres no autoriza al atleta e indica que se necesita un seguimiento.

El atleta deberá traer las páginas previamente completadas a la cita con el especialista.

Nombre del examinador: _____

Especialidad: _____

He examinado a este atleta por las siguientes inquietudes médicas - *Por favor describa:*

- ☐ Con relación al examen cardíaco ☐ Infección aguda ☐ Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- ☐ Con relación al examen neurológico ☐ Hipertensión de etapa 2 o mayor ☒ Hepatomegalia o esplenomegalia
- ☐ Otro, por favor describa: _____

En mi opinión profesional, este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales (indique restricciones o limitaciones abajo):

☐ Sí, sin restricciones ☐ Sí, pero con restricciones *(indique abajo)* ☐ No

Notas adicionales del Examinador/Restricciones:

E-mail del Examinador: _____

Teléfono del Examinador: _____

Licencia: _____

Firma del Examinador

Fecha

Esta sección deberá ser completada solo por el personal de Olimpiadas Especiales, si corresponde.

¿Este examen médico fue completado en un evento de MedFest? ☐ Sí ☐ No

¿El atleta es un Compañero Unificado o un participante de Atletas Jóvenes? ☐ Compañero Unificado ☐ Atleta Joven