

# Forma Médica Para Atletas

**Esta solicitud se vencerá a los 3 (tres) años a partir de la fecha del examen físico.**

ZONA:

DELEGACIÓN (EQUIPO):

- MedFest®  Examen físico atleta
- Compañero/a de *Unified Sports* (exámenes médicos opcionales)  Atletas jóvenes saludables

**DATOS DE ATLETA** **DATOS DE  PADRE O MADRE —O—  TUTOR(A)**

<p>Nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/></p> <p>Apellido: <input type="text"/></p> <p>Fecha de nacimiento (día/mes/año): <input type="text"/></p> <p>Domicilio: <input type="text"/></p> <p>Ciudad: <input type="text"/> Zip: <input type="text"/></p> <p>Teléfono: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/></p> <p>Dirección de email: <input type="text"/> Color de ojos: <input type="text"/></p> <p><i>Soy mi propio/a tutor(a).</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Nombre: <input type="text"/></p> <p>Teléfono: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/></p> <p>Dirección de email: <input type="text"/></p> <p>Médico/a de cabecera de atleta: <input type="text"/></p> <p>Teléfono: <input type="text"/></p> <p>Domicilio de médico/a de cabecera: <input type="text"/></p> <p>Ciudad: <input type="text"/> Zip: <input type="text"/></p>
--	--

**¿Tiene su atleta (marque todas las pertinentes)...?**

- Autismo  Síndrome de Down  Síndrome de cromosoma X frágil
- Parálisis cerebral  Síndrome de alcoholismo fetal
- Indique otros síndromes:

**Indique todos los deportes que quisiera jugar su atleta:**

**¿Tiene su atleta alergias a alguna de las siguientes (por favor, indíquelas)?:**

- Alimentos:
- Medicamentos:
- Picadas o mordidas de insectos:
- Látex  No se le conocen alergias

**¿Usa su atleta (marque todas las pertinentes)...?**

- dentaduras postizas  aparato de comunicación  silla de ruedas
- faja o protector de parte del cuerpo  prótesis extraíble  muletas o andador
- férula o entablillado  anteojos o pupilentes (contactos)  dispositivo auxiliar auditivo
- marcapasos  sonda gástrica (G-tube) o sonda yeyunotómica (J-tube)  dispositivo de implante
- inhalador  colostomía  máquina C-PAP

**Indique todas las operaciones anteriores:**

**Indique cualquier necesidad dietética especial:**

**Indique todas las condiciones médicas anteriores o actuales:**

**Indique todas las condiciones médicas que se dan en la familia de su atleta:**

**¿Tiene su atleta alguna oposición religiosa a tratamientos médicos?**

- No  Sí

**¿Ha muerto algún(a) pariente de problemas cardiacos antes de los 40 años de edad?**

- No  Sí

**¿Ha muerto algún(a) pariente o familiar haciendo ejercicios?**

- No  Sí

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

- No  Sí *De ser así, por favor, descríbalas:*

**¿Su atleta ha tenido algún resultado anómalo en un electrocardiograma (ECG)?**

- No  Sí *De ser así, por favor, descríbalos:*

**¿Algún(a) doctor(a) ha limitado la participación de su atleta en deportes?**

- No  Sí

*De ser así, por favor, descríbalos:*

**¿Su atleta ha tenido algún resultado anómalo de un ecocardiograma (Eco)?**

- No  Sí

*De ser así, por favor, descríbalos:*

**¿Se ha vacunado su atleta contra el tétanos en los 7 años pasados?**

- No  Sí

Nombre de atleta:

**POR FAVOR, INDIQUE SI SU ATLETA ALGUNA VEZ HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES SIGUIENTES**

Pérdida del conocimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Alta tensión arterial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ataque cerebral/accidente isquémico transitorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Mareos durante o después de ejercitarse	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Concusiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dolores de cabeza durante o después de ejercitarse	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Defectos de la vista	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dolores de pecho durante o después de ejercitarse	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Defectos de la audición	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Falta de resuello durante o después de ejercitarse	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Bazo agrandado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Pulsos irregulares, acelerados o saltados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Un solo riñón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Molestia urinaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Defecto cardiaco congénito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Espina bífida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Osteopenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Drepanocitosis (anemia falciforme)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mal a causa del calor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Mal de válvula cardiaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Portador(a) de drepanocitosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Huesos rotos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sangra con facilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Endocarditis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Coyunturas dislocadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

¿Tiene dificultades para controlar la orina o la excreta?  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Entumecimiento u hormigueo de brazos, piernas, manos o pies  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Debilidad de brazos, piernas, manos o pies  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Ardor, punzadas, nervios pinchados o dolor en cuello, espalda, hombros, brazos, manos, posaderas, piernas o pies  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Tortícolis (cuello inclinado)  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Espasticidad  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

Parálisis  No  Sí  
De ser así, ¿es esto nuevo o ha empeorado en los 3 años pasados?  No  Sí

**Origen étnico** – Servirá únicamente para ayudarnos a cumplir con requisitos gubernamentales de llevar cuentas, reportar y asuntos legales:  
 Blanco  
 Latinoamericano o Hispano  
 Negro o Africano Americano  
 Indígena Estadounidense o Alasqueño  
 Asiático  
 Hawaiano o Polinesio

Por favor, describa todo hueso roto o coyuntura dislocada:

Epilepsia o cualquier tipo de trastorno convulsivo  No  Sí  
De ser así, indique tipo de convulsiones:

¿Convulsiones durante el año pasado?  No  Sí

Comportamiento de lastimarse a sí mismo/a durante el año pasado  No  Sí

Comportamiento hostil o agresivo durante el año pasado  No  Sí

Depresión  No  Sí

Ansiedad  No  Sí

Por favor, describa cualquier otra preocupación por la salud mental:

Seguro médico: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Telephono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INDIQUE A CONTINUACIÓN TODO MEDICAMENTO, VITAMINA O SUPLEMENTO DIETÉTICO (incluso inhaladores, anticonceptivos o terapia hormonal)**

Medicamento, vitamina o suplemento dietético	Dosis	Veces al día	Medicamento, vitamina o suplemento dietético	Dosis	Veces al día	Medicamento, vitamina o suplemento dietético	Dosis	Veces al día

¿Puede su atleta administrarse sus propios medicamentos?  No  Sí Si es femenina, anote la(s) fecha(s) de la última menstruación de la atleta:

Firma de atleta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de tutor(a) legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de atleta:

**DATOS MÉDICOS FISIOLÓGICOS (SÓLO PARA EXAMINADORES MÉDICOS)**

Estatura	Peso	Temperatura	FC	O <sub>2</sub> Sat	TA	TA Der.	TA Izq.	Vista
<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A 20/40 o superior
<input type="text"/> pul	<input type="text"/> lbs	<input type="text"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A 20/40 o superior
Audición derecha (frotar dedos)	<input type="checkbox"/> Reacciona	<input type="checkbox"/> No Reacciona	<input type="checkbox"/> No se puede evaluar	Ruidos intestinales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
Audición izquierda (frotar dedos)	<input type="checkbox"/> Reacciona	<input type="checkbox"/> No Reacciona	<input type="checkbox"/> No se puede evaluar	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
Canal auricular derecho	<input type="checkbox"/> Despejado	<input type="checkbox"/> Cerumen	<input type="checkbox"/> Objeto extraño	Bazomegalia o esplenomegalia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
Canal auricular izquierdo	<input type="checkbox"/> Despejado	<input type="checkbox"/> Cerumen	<input type="checkbox"/> Objeto extraño	Hipersensibilidad abdominal	<input type="checkbox"/> No	Cuadrante: <input type="checkbox"/> Sup Der <input type="checkbox"/> Inf Der <input type="checkbox"/> Sup Izq <input type="checkbox"/> Inf Izq		
Membrana timpánica derecha	<input type="checkbox"/> Despejada	<input type="checkbox"/> Perforación	<input type="checkbox"/> Infección	Hipersensibilidad renal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo		
Membrana timpánica izquierda	<input type="checkbox"/> Despejado	<input type="checkbox"/> Perforación	<input type="checkbox"/> Infección	Reflejo de miembro torácico derecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Reducido	<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Aseo bucal	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	Reflejo de miembro torácico izquierdo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Reducido	<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Agrandamiento de tiroides	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		Reflejo de miembro pélvico derecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Reducido	<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Agrandamiento de nódulo linfático	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		Reflejo de miembro pélvico izquierdo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Reducido	<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	
Soplo cardíaco (boca arriba)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 o mayor	Marcha anómala	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, describa		
Soplo cardíaco (recto)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1/6 o 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 o mayor	Espasticidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, describa		
Ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular		Tremor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, describa		
Pulmones	<input type="checkbox"/> Despejados	<input type="checkbox"/> No despejados		Movilidad de cuello y espalda	<input type="checkbox"/> Plena	<input type="checkbox"/> No plena, describa		
Edema de pierna derecha	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de miembros torácicos	<input type="checkbox"/> Plena	<input type="checkbox"/> No plena, describa		
Edema de pierna izquierda	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	Movilidad de miembros pélvicos	<input type="checkbox"/> Plena	<input type="checkbox"/> No plena, describa		
Simetría de pulso radial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Der>Izq	<input type="checkbox"/> Izq>Der	Fuerza de miembros torácicos	<input type="checkbox"/> Plena	<input type="checkbox"/> No plena, describa		
Cianosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí describa		Fuerza de miembros pélvicos	<input type="checkbox"/> Plena	<input type="checkbox"/> No plena, describa		
Acropaquia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, describa		Pérdida de sensibilidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, describa		

¿Atleta tiene síntomas neurológicos o hallazgos fisiológicos que pudieran asociarse a compresiones de la columna dorsal o a inestabilidad atlantoaxial, y por lo tanto deberá recibir una evaluación neurológica más exhaustiva para descartar mayores riesgos de lesiones a la columna dorsal antes de que se le autorice a participar en deportes?  
 No  Sí

**RECOMENDACIONES (SÓLO PARA EXAMINADORES MÉDICOS)**

A los examinadores médicos: Se les recomienda que verifiquen los elementos de antecedentes médicos con los atletas o sus tutores antes de llevar a cabo los exámenes fisiológicos. Si se determinare que su atleta necesitare evaluaciones médicas ulteriores, sírvase recurrir a la página 4 de la Forma de Evaluaciones Médicas Ulteriores para procurar la autorización médica para tal atleta.

Atleta podrá participar en los deportes de las Olimpiadas Especiales. (Indique restricciones o limitaciones en Apuntes Agregados de Examinadores Titulares.)

Atleta no podrá participar en deportes de Olimpiadas Especiales por lo pronto, y deberá presentarse a evaluación médica por las preocupaciones siguientes:

- Examen cardíaco preocupante
- Infección aguda
- Saturación oxigenante menor del 90% con aire ambiental
- Examen neurológico preocupante
- Hipertensión en etapa II o más avanzada
- Hepatomegalia o bazomegalia (esplenomegalia)

Otro; por favor, descríballo:

Apuntes agregados de examinador(a) titular:

- Consulte con cardiólogos
- Consulte neurólogos
- Consulte médicos de cabecera
- Consulte especialistas de la vista
- Consulte especialistas de la audición
- Consulte dentistas o higienistas dentales
- Consulte podiatras
- Consulte fisioterapeutas
- Consulte nutriólogos

Otros:

		Nombre:	<input type="text"/>
		Email:	<input type="text"/>
<b>Firma de examinador(a) titular</b>	<b>Fecha de examen:</b>	Teléfono:	Cédula:

Nombre de atleta:

**FORMA DE EVALUACIONES MÉDICAS ULTERIORES (Úsese sólo si su atleta no obtuvo autorización anterior para participar en deportes.)**

Nombre de examinador(a):

Nombre de examinador(a):

Especialidad:

Especialidad:

Examiné a este/a atleta por la(s) preocupación(es) médica(s) siguiente(s):  
Por favor, descríbala(s)

Examiné a este/a atleta por la(s) preocupación(es) médica(s) siguiente(s):  
Por favor, descríbala(s)

**En mi calidad profesional, dictamino que el o la atleta:**

Sí  No Podrá participar en deportes de las Olimpiadas Especiales  
(vea las restricciones o limitaciones a continuación:)

Apuntes agregados de examinador(a):

**En mi calidad profesional, dictamino que el o la atleta:**

Sí  No Podrá participar en deportes de las Olimpiadas Especiales  
(vea las restricciones o limitaciones a continuación:)

Apuntes agregados de examinador(a):

Email:

Email:

Teléfono:

Teléfono:

Cédula:

Cédula:

**Firma de examinador(a)**

**Fecha**

**Firma de examinador(a)**

**Fecha**

Nombre de examinador(a):

Nombre de examinador(a):

Especialidad:

Especialidad:

Examiné a este/a atleta por la(s) preocupación(es) médica(s) siguiente(s):  
Por favor, descríbala(s)

Examiné a este/a atleta por la(s) preocupación(es) médica(s) siguiente(s):  
Por favor, descríbala(s)

**En mi calidad profesional, dictamino que el o la atleta:**

Sí  No Podrá participar en deportes de las Olimpiadas Especiales  
(vea las restricciones o limitaciones a continuación:)

Apuntes agregados de examinador(a):

**En mi calidad profesional, dictamino que el o la atleta:**

Sí  No Podrá participar en deportes de las Olimpiadas Especiales  
(vea las restricciones o limitaciones a continuación:)

Apuntes agregados de examinador(a):

Email:

Email:

Teléfono:

Teléfono:

Cédula:

Cédula:

**Firma de examinador(a)**

**Fecha**

**Firma de examinador(a)**

**Fecha**



# FORMA OFICIAL DE AUTORIZACIÓN PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

Nombre de atleta: Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DEBERÁ RELLENAR LA AUTORIZACIÓN EL PADRE, LA MADRE, EL O LA TUTOR(A) O ATLETA ADULTO [TUTOR(A) PROPIO/A].  
LA PRESENTE DEBERÁ RELLENARSE DE FORMA LEGIBLE, FIRMARSE Y FECHARSE PARA QUE SIGA VIGENTE POR 3 (TRES) AÑOS.**

Yo, padre, madre, tutor(a) o atleta adulto/a, presento esta Forma de Exoneración y Descargo para participación atlética en las Olimpiadas Especiales.

### Sección 1

Declaro y garantizo que, a mi leal entender y parecer, tal atleta cuenta con la capacidad física y mental para participar en actividades de las Olimpiadas Especiales. También declaro que un(a) doctor(a) titulado/a en medicina repasó la información médica que contiene la solicitud de participación y que, a raíz de un examen médico que le practicó, certificó que no existen indicios médicos que prohibirían que tal atleta participare en las Olimpiadas Especiales.

### Sección 2

Comprendo que si tal atleta tuviere el síndrome de Down, esta persona no pudiere participar en deportes ni eventos que por su naturaleza conllevaran la hiperextensión, la flexión radical o la presión directa en el cuello o en la espina dorsal superior a menos que tal atleta y su doctor(a) rellenen la Forma Oficial Anexa del Síndrome de Down, que la Oficina Estatal de las Olimpiadas Especiales tiene disponible. Estoy al tanto de que se exige un estudio radiológico antes de que cualquier atleta que tenga síndrome de Down pudiere participar en judo, deportes ecuestres, clavados, péntalo, natación en estilo mariposa o con salidas de clavado, saltos altos, esquí alpino, esquí de tabla (*snowboarding*), sentadilla olímpica (*squat lift*) y futbol internacional (*soccer*).

### Sección 3

Las Olimpiadas Especiales contarán con mi permiso, mientras tanto y en cualquier momento después, para utilizar la imagen, el nombre, las voces o las palabras de tal atleta ya sea por televisión, radio, películas, periódicos, revistas y otros medios, de la forma que fuere, con el fin de anunciar o comunicar los propósitos y las actividades de las Olimpiadas Especiales, hasta para solicitar financiamiento para mantener tales propósitos y actividades.

### Sección 4

Si, en el transcurso de su participación en actividades de las Olimpiadas Especiales, tal atleta necesitare atenciones médicas de emergencia, y yo (en mi calidad de padre, madre, tutor(a) o atleta adulto/a) no pudiere dar mi autorización o disponer tales atenciones, autorizaré a las Olimpiadas Especiales a que recurrieren a toda medida que fuere necesaria para proteger la salud y el bienestar de tal atleta, incluso hasta internarle en un hospital, si hiciera falta.

### Sección 5

Comprendo que mi firma autorizará al o a la atleta a participar en el Programa de Atletas Sanos de las Olimpiadas Especiales, que proporciona evaluaciones diagnósticas de la salud y de necesidades médicas en materia de la vista, la salud oral, la audición, la fisioterapia y varias áreas de fomento de la salud. Comprendo que tal atleta no estará obligado/a a participar en el Programa de Atletas Sanos, y que tal atleta pudiera decidir no participar. Las prestaciones de tales servicios médicos no se pretende que sustituyan las atenciones regulares. Además, comprendo que deberé conseguir asesoría y ayuda médica independiente, no importa que se presten estos servicios, y que las Olimpiadas Especiales no son la entidad responsable por la salud de tal atleta. Comprendo que la información que se recopilare durante el proceso diagnóstico pudiere usarse de forma anónima para evaluar y comunicar la salud y las necesidades médicas de los atletas en general, así como para formular programas que atendieren esas necesidades.

### Sección 6

Comprendo la naturaleza y el peligro de conmociones cerebrales (concusiones) y otros traumas craneales, incluso el peligro si algún(a) atleta siguiere jugando después de padecer este tipo de lesión. Reconozco que las Olimpiadas Especiales cuentan con una directriz de percepción de traumas y de reconocimiento de seguridad que pudiere exigir que tal atleta obtuviere atenciones de un(a) facultativo/a médico/a en caso de sospecharse que padeciere una conmoción cerebral. A ningún(a) atleta que se sospechare que padeciere una conmoción cerebral se le permitirá regresar a actividades deportivas de las Olimpiadas Especiales hasta que se recibiere una autorización médica por escrito y transcurrieren por lo menos 7 días después de la fecha de la lesión sospechada. Reconozco además que podré conseguir más información en español acerca de las conmociones cerebrales en la página de Internet "Atención: Conmoción Cerebral en el Deporte Juvenil" de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades: <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index-esp.html>.

**A rellenar atleta adulto/a (tutor(a) propio/a)**

**A rellenar padre, madre o tutor(a)**

Yo, atleta adulto/a, he leído esta forma y entiendo por completo las cláusulas de la exoneración y descargo que firmaré. Reconozco que leí y que estoy de acuerdo con el Código de Conducta de Atletas y con la Directriz de Cumplimiento con el Código de Conducta. Comprendo que, al firmar la presente, indico que estoy de acuerdo con las cláusulas de la exoneración y descargo.

Yo, padre, madre o tutor(a) del o de la atleta, por la presente doy permiso para que tal atleta participe en los juegos, la capacitación, los programas de recreo, los programas de actividad física y el programa de Atletas Sanos de las Olimpiadas Especiales. Reconozco que leí y que estoy de acuerdo con el Código de Conducta de Atletas y con la Directriz de Cumplimiento con el Código de Conducta. Comprendo que, al firmar la presente, indico que estoy de acuerdo con las cláusulas de la exoneración y descargo.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por la presente doy fe de que repasé esta exoneración y descargo con el o la atleta cuya firma antecede. A raíz de tal repaso, quedé satisfecho/a de que tal atleta entiende la presente y que está de acuerdo con sus cláusulas.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_