

SPECIAL OLYMPICS IOWA PHYSICAL & CONSENT FORM

PLEASE PRINT LEGIBLY

Athlete Name _____ Delegation (School/Facility) _____

Birthdate _____ Gender _____ Parent/Guardian (Circle One) _____

Athlete Phone (_____) _____ Parent/Guardian Phone (_____) _____

Athlete Address _____ Parent Address _____

City _____ State _____ Zip _____ City _____ State _____ Zip _____

HEALTH INSURANCE & EMERGENCY INFORMATION

Emergency Contact _____ Emergency Contact Phone (_____) _____

Medical Insurance _____ Policy Number _____

MEDICAL CLEARANCE

Does athlete have Down Syndrome? YES NO If yes, have x-rays of the C1-C2 vertebrae been taken and examined? YES NO

Date of x-ray _____ Atlantoaxial Instability: Positive AA Negative AA

Blood Pressure _____ Height _____ Weight _____

Heart Problems YES NO Blind YES NO Date of last Tetanus shot _____ Allergies _____

Epileptic/Seizures YES NO Deaf YES NO

Diabetes YES NO Asthma YES NO Other Conditions _____

Use Wheelchair YES NO Hepatitis YES NO

Current Medication (List)

Dosage

Current Medication (List)

Dosage

I have examined the above-named Athlete and, in my opinion, there is no mental or physical reason why he or she should not participate in Special Olympics sports training and competition. Further information will be forwarded if required. Current medication, if any, is specified with dosage on this application.

Sports athlete is **NOT** allowed to participate in: _____

Practitioner's Printed Name _____ Practitioner's Signature _____ Exam Date _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Phone (_____) _____

**Acceptable signatures are licensed physician and surgeon, osteopathic physician and surgeon, osteopath, advanced registered nurse practitioner (ARNP), physician's assistant or qualified doctor of chiropractic.*

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE PADRES Y/O TUTORES A LOS MEDIOS

Yo en nombre propio como padre o tutor legal del solicitante nombrado arriba (en lo sucesivo, al "Atleta"), por este medio doy permiso para que el deportista pueda participar en los programas de las Olimpiadas Especiales. Reconozco que las Olimpiadas Especiales revisarán a todos los atletas en el Registro Público de Delincentes Sexuales y entiendo que los atletas que figuran en el Registro de Delincentes Sexuales se les negará participar. Yo afirmo que este atleta nunca ha estado en dicho registro o, si el atleta ha estado incluido en el Registro Público de Delincentes Sexuales, pero ha sido removido de la lista me pondré en contacto con los Juegos Olímpicos Especiales de Iowa para obtener instrucciones antes de presentar esta solicitud.

Yo represento y garantizo que el deportista esta física y mentalmente capacitado para participar en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que si el atleta tiene Síndrome de Down, el/ella no puede participar en deportes o eventos que, por naturaleza son resultado de la hiper-extensión, flexión radical o presión en el cuello o en la parte superior de la columna vertebral a menos que un examen radiológico completo establezca la ausencia de Inestabilidad Atlantoaxial. Estoy consciente de que los deportes y eventos para los cuales el examen radiológico es requerido son para los deportes ecuestres, gimnasia artística, buceo, pentatlón, salto de altura, esquí alpino, fútbol, competencias de fútbol, levantamiento de pesas y la mariposa y el buceo empieza en la natación.

En nombre del deportista y mio, reconozco que el atleta va hacer uso de las instalaciones al propio riesgo de el/ ella y que, en el mio propio, por este medio, libero y quito de toda culpa de indemnizar a las Olimpiadas Especiales de toda responsabilidad por daños a personas o daños a la propiedad de mi mismo y el atleta.

Al permitir que el atleta participe, estoy específicamente dando permiso a los Juegos Olímpicos Especiales de Iowa para usar la imagen, voz y palabras del atleta en televisión, radio, películas, periódicos, revistas y otros medios de comunicación, y cualquier otra forma no descrita hasta ahora, para el propósito de la comunicación a efectos de publicidad o actividades de las Olimpiadas Especiales y al solicitar fondos para apoyar esas actividades.

Entiendo que al firmar este documento doy mi consentimiento para que el atleta participe en las Olimpiadas Especiales del Programa Atletas Saludables que proporciona evaluaciones individuales de detección del estado de salud y necesidades de atención de salud. El atleta no tiene la obligación de participar y entiendo que el atleta debe buscar su propia asistencia y consejo médico y las Olimpiadas Especiales no son responsables por la salud del atleta. Si no me presento personalmente en las actividades de las Olimpiadas Especiales en lo que el atleta compete, en caso de necesitar, ustedes están autorizados en mi nombre y en mi cuenta para tomar las medidas necesarias de tratamiento médico y hospitalización como estimen conveniente para la salud y el bienestar del atleta.

Poliza: "Reconozco que los eventos de las Olimpiadas Especiales pueden implicar actividades de noche y los arreglos para cada evento pueden cambiar. Entiendo que debo ponerme en contacto con la Oficina de Programa Estatal si tengo alguna pregunta sobre los arreglos para un evento específico o la poliza en general."

Yo, EL ATLETA ADULTO FIRMANDO, he leído y entiendo completamente las provisiones de la liberación anterior o he tenido que explicarlas. Por la presente consiento que estaré obligado por eso y defenderé las Olimpiadas Especiales de Iowa y lo mantendré inofensivo de la negociación de ello.

Firma del Atleta:

Fecha:

Testigo:

Yo, EL PADRE Y / O GUARDIÁN del atleta especificado, leído y comprendido completamente las provisiones de la liberación antedicha y las he explicado al atleta. Por la presente acepto que yo y dicho Atleta estaremos obligados por eso, y defenderé las Olimpiadas Especiales de Iowa y lo mantendré a salvo de cualquier desacuerdo del mismo por dicho Atleta.

Firma de Padres:

Nombre Impreso:

Y/O Guardián Legal:

Fecha: