

NOMBRE DEL ATLETA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

APLICACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN OLIMPIADAS ESPECIALES

Por favor escriba claramente y complete todas las secciones en su totalidad.

Esta aplicación expira tres (3) años después de la fecha del examen.

Las personas son elegibles para las Olimpiadas Especiales siempre y cuando tengan 8 años o más y sean considerados que tengan una discapacidad intelectual o una discapacidad de desarrollo asociada cercanamente, definida como limitaciones funcionales en ambos, aprendizaje general y dos o más áreas de habilidades adaptativas: la comunicación, el tiempo libre, la autodirección, la vida en el hogar, el uso de la comunidad, el trabajo, la salud y la seguridad, lo académico, el autocuidado y las habilidades sociales.

Envíe las formas completas a: SOMN, 100 Washington Ave S., Suite 550, Minneapolis, MN 55401

Email: athletpaperwork@somn.org

Fax: 612.333.8782

**State Office ONLY:
Delegation:**

- ☐ Updated Form
☐ New Athlete
☐ in GMS
☐ not in GMS

SECCIÓN A: DEMOGRAFÍA

Delegación: _____

☐ Masc. ☐ Fem. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Atleta: _____

Teléfono primario del Atleta: (____) _____

(Circule uno) casa trabajo cel.

Dirección del Atleta: _____

Email del Atleta: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Primario del Padre: (____) _____

(Circule uno) casa trabajo cel.

Dirección del Padre/Tutor
(si es diferente a la del Atleta): _____

Teléfono Padre Alterno: (____) _____

(Circule uno) casa trabajo cel.

Ciudad _____ Estado: _____ Zip: _____

Email Padre: _____

Contacto de Emergencia
(si es diferente del Padre/Tutor): _____

Tel. Contacto de Emergencia (____) _____

(Circule uno) casa trabajo cel.

Contacto de Emergencia
Relación con el Atleta: _____

Aseguradora de Salud/Accidente: _____

Póliza #: _____

SECCIÓN B: HISTORIA DE SALUD (PUEDE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR)

Por favor indique "sí" o "no" para todas las áreas

Sí	No	Sí	No
☐	☐ Alergias: _____	☐	☐ Insolación/Agotamiento
☐	☐ Asma	☐	☐ Vacunas al día
☐	☐ Ceguera/Problemas Visuales (otro que lentes correctivos)	☐	☐ Cirugía Mayor o Enfermedad Seria _____
☐	☐ Problema de Huesos o Articulaciones	☐	☐ Sin Habla
☐	☐ Dolor de Pecho	☐	☐ Convulsiones/Epilepsia/Desmayos
☐	☐ Conmoción Cerebral o Daño Serio de Cabeza _____	☐	☐ Anemia o Enfermedad Drepanocítica
☐	☐ Lentes de Contacto/Anteojos	☐	☐ Dieta Especial _____
☐	☐ Diabetes	☐	☐ Usa Tabaco
☐	☐ Síndrome de Down (Si, vea página siguiente)	☐	☐ Usa Silla de Ruedas
☐	☐ Fácil Sangrado	☐	☐ Otro: _____
☐	☐ Enfermedad del Corazón/ Defecto del Corazón/Alta Presión	☐	☐ ¿Ha sido usted convicto o acusado con una ofensa criminal que no sea violaciones menores de tránsito?
☐	☐ Pérdida Auditiva/Ayuda Auditiva		
☐	☐ Problemas Emocionales/Psiquiátricos/Comportamiento		

Medicinas: ☐ Ninguna ☐ Listadas Abajo

Nombre Medicina	Dosis	Fecha Recetada	Veces por día	Nombre Medicina	Dosis	Recha Recetada	Veces por día

Al chequear aquí, yo confirmo

☐ Yo he leído y entiendo la Política de Reconocimiento de Conciencia & Seguridad Conmoción Cerebral que se encuentra en www.specialolympicsminnesota.org/concussion-policy

FIRMA

• R E Q U E R I D A •

Firma del Padre/Tutor _____

Los Atletas pueden firmar si son sus propios tutores

Fecha ____/____/____

Nombre en Imprinta _____ Relación con el Atleta _____

Esta forma fue actualizada en Enero 2015

ATHLETE NAME: _____ DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____

APPLICATION FOR PARTICIPATION IN SPECIAL OLYMPICS

Please print clearly and complete all sections in their entirety.

This application expires three (3) years from the date of exam.

People are eligible for Special Olympics provided they are age 8 or above and are considered to have an intellectual disability or closely related developmental disability, defined as functional limitations in both general learning and two or more adaptive skill areas: communication, leisure, self-direction, home living, community use, work, health and safety, academics, self-care and social skills.

**State Office ONLY:
Delegation:**

- ☐ Updated Form
☐ New Athlete
☐ in GMS
☐ not in GMS

Send completed forms to: SOMN, 100 Washington Ave S., Suite 550, Minneapolis, MN 55401

Email: athletpaperwork@somn.org

Fax: 612.333.8782

SECTION A: DEMOGRAPHICS

Delegation: _____

☐ Male ☐ Female Date of Birth: ____ / ____ / ____

Athlete Name: _____

Athlete Primary Phone: (____) _____

(Circle one) home work cell

Athlete Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Athlete Email: _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent Primary Phone: (____) _____

(Circle one) home work cell

Parent/Guardian Address
(if different than athlete): _____

Parent Alternate Phone: (____) _____

(Circle one) home work cell

City: _____ State: _____ Zip: _____

Parent Email: _____

Emergency Contact
(if other than Parent/Guardian): _____

Emergency Contact Phone: (____) _____

(Circle one) home work cell

Emergency Contact
Relationship to Athlete: _____

Health/Accident Insurance Company: _____

Policy #: _____

SECTION B: HEALTH HISTORY (MAY BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN)

Please indicate "yes" or "no" for all areas

Yes No

☐ ☐ Allergies: _____

☐ ☐ Asthma

☐ ☐ Blindness/Visual Problems (other than corrective lenses)

☐ ☐ Bone or Joint Problem

☐ ☐ Chest Pain

☐ ☐ Concussion or Serious Head Injury: _____

☐ ☐ Contact Lenses/Glasses

☐ ☐ Diabetes

☐ ☐ Down Syndrome (If Yes, see next page)

☐ ☐ Easy Bleeding

☐ ☐ Heart Disease/Heart Defect/High Blood Pressure

☐ ☐ Hearing Loss/Hearing Aid

☐ ☐ Emotional/Psychiatric/Behavioral Problems

Medications: ☐ None ☐ Listed Below

Yes No

☐ ☐ Heat Stroke/Exhaustion

☐ ☐ Immunizations up-to-date

☐ ☐ Major Surgery or Serious Illness _____

☐ ☐ Non-verbal

☐ ☐ Seizures/Epilepsy/Fainting Spells

☐ ☐ Sickle Cell Trait or Disease

☐ ☐ Special Diet _____

☐ ☐ Uses Tobacco

☐ ☐ Uses Wheelchair

☐ ☐ Other: _____
(for additional space, please see reverse side)

☐ ☐ Have you ever been convicted or charged with a criminal offense other than minor traffic violations?

☐ By checking here, I confirm that I have read and understand the Concussion Awareness & Safety Recognition Policy found at www.specialolympicsminnesota.org/concussion-policy

Medication Name	Dosage	Date Prescribed	Times per day	Medication Name	Dosage	Date Prescribed	Times per day

SIGNATURE
• REQUIRED •

Signature of Parent/Guardian _____ Date: ____ / ____ / ____
Required. Athletes can sign if they are their own guardian.

Printed Name _____ Relationship to Athlete _____

NOMBRE DEL ATLETA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

SECCIÓN C: EXAMEN FÍSICO

Debe ser completado por un practicante médico licenciado

Presión Arterial: ____/____ Peso: _____ Altura: _____

Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal	
☐	☐	Visión	☐	☐	Sistema Cardiovascular	☐	☐	Nervios Craniales
☐	☐	Audición	☐	☐	Sistema Respiratorio	☐	☐	Coordinación
☐	☐	Cavidad Oral	☐	☐	Sistema Gastrointestinal	☐	☐	Reflejos
☐	☐	Cuello	☐	☐	Sistema Genitourinario			
☐	☐	Extremidades	☐	☐	Piel			

Fecha de la más reciente inmunización de tétano: ____/____/____

Por favor liste la discapacidad intelectual: _____

Otro: _____

☐ Si ☐ No ¿Tiene este atleta síndrome de Down? Complete la información abajo.

☐ Si He revisado la información de salud de arriba y he realizado el examen indicado a este atleta dentro de los últimos seis (6) meses y certifico que el atleta puede participar en Olimpiadas Especiales.

Restricciones: _____

evaluación de inestabilidad atlanto-axial para atletas con síndrome de down

NOTA DEL EXAMINADOR: Si el atleta tiene síndrome de Down, Olimpiadas Especiales requiere un examen radiológico completo estableciendo la ausencia de inestabilidad Atlanto-axial antes de que él/ella pueda participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, puedan resultar en hiperextensión, flexión radical o presión directa sobre el cuello o la columna vertebral superior. **Los eventos deportivos para los que se requiere un examen radiológico son:** deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, nado estilo mariposa y el buceo al iniciar en la natación, salto de altura, esquí alpino, tabla para esquiar, ascenso en cuclillas y el fútbol.

Si No

☐ ☐ ¿Participa el atleta en un deporte o evento restringido? Si sí o no se sabe, una radiografía para inestabilidad atlanto-axial debe ser realizada.

☐ ☐ ¿Se ha hecho una radiografía para inestabilidad atlanto-axial?

☐ ☐ ¿Si sí, fue la radiografía positiva para inestabilidad atlanto-axial? Indicación positiva es si el intervalo atlanto-dens es 5mm o más.

Por favor liste cualquier información adicional que pueda ser útil de saber acerca de éste atleta: _____

LA FIRMA DEL EXAMINADOR Y LA FECHA DEL EXAMEN ABAJO ES INFORMACIÓN REQUERIDA PARA QUE LA SECCIÓN C DE ESTA APLICACIÓN SEA COMPLETADA. SI SE PRESENTA UNA FORMA ELECTRÓNICAMENTE GENERADA, ESTA DEBE CONTENER INDICACIÓN DE UNA FIRMA ELECTRÓNICA Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ABAJO.

Firma
• Requerida • Firma del Examinador: _____ Fecha del examen: ____/____/____

Nombre del Examinador: _____

Nombre Clínica: _____

Dirección (Ciudad, Estado, Zip): _____

Teléfono (____) _____

ATHLETE NAME: _____ DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____

SECTION C: PHYSICAL EXAMINATION

Must be completed by a licensed medical practitioner

Blood Pressure: ____ / ____ Weight: _____ Height: _____

Normal	Abnormal		Normal	Abnormal		Normal	Abnormal	
☐	☐	Vision	☐	☐	Cardiovascular system	☐	☐	Cranial nerves
☐	☐	Hearing	☐	☐	Respiratory system	☐	☐	Coordination
☐	☐	Oral cavity	☐	☐	Gastrointestinal system	☐	☐	Reflexes
☐	☐	Neck	☐	☐	Genitourinary system			
☐	☐	Extremities	☐	☐	Skin			

Date of most recent tetanus immunization: ____ / ____ / ____

Please list intellectual disability: _____

Other: _____

☐ **Yes** ☐ **No** Does this athlete have Down syndrome? Complete the information below.

☐ **Yes** I have reviewed the above health information and have performed the above examination on this athlete within the past six (6) months and certify that the athlete can participate in Special Olympics.

Restrictions: _____

atlanto-axial instability assessment for athletes with down syndrome

EXAMINER'S NOTE: If the athlete has Down syndrome, Special Olympics requires a full radiological examination establishing the absence of Atlanto-axial Instability before he/she may participate in sports or events which, by their nature, may result in hyperextension, radical flexion or direct pressure on the neck or upper spine. **The sports and events for which such a radiological examination is required are:** equestrian sports, gymnastics, diving, pentathlon, butterfly stroke and diving starts in swimming, high jump, alpine skiing, snowboarding, squat lift and soccer.

Yes No

☐ ☐ Does the athlete participate in a restricted sport or event? If yes or unknown, an x-ray for atlanto-axial instability must be done.

☐ ☐ Has an x-ray evaluation for atlanto-axial instability been done?

☐ ☐ If yes, was the x-ray positive for atlanto-axial instability? Positive indication is the atlanto-dens interval is 5mm or more.

Please list any additional information that may be helpful to know about this athlete: _____

THE EXAMINER'S SIGNATURE AND DATE OF EXAM BELOW ARE REQUIRED INFORMATION FOR SECTION C OF THIS APPLICATION TO BE COMPLETE. IF SUBMITTING AN ELECTRONICALLY GENERATED FORM, IT MUST CONTAIN INDICATION OF AN ELECTRONIC SIGNATURE AND THE CONTACT INFORMATION BELOW.

SIGNATURE
• REQUIRED • Examiner's Signature: _____ Date of exam: ____ / ____ / ____

Examiner's Name: _____

Clinic Name: _____

Address (City, State, Zip): _____

Phone: (_____) _____

NOMBRE DEL ATLETA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FORMA DE CONSENTIMIENTO OFICIAL DE ATLETA DE OLIMPIADAS ESPECIALES

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO A COMPLETAR POR UN ATLETA ADULTO

- ☐ Yo, _____, tengo al menos 18 años y soy mi propio tutor. *Favor complete sólo la sección A.*
- ☐ Yo, _____, tengo al menos 18 años y NO soy mi propio tutor. *Favor complete sólo la sección B.*

Yo represento y garantizo que, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, que soy física y mentalmente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales. También declaro que un médico con licencia ha revisado la información médica contenida en mi solicitud y ha certificado, en base a un examen médico independiente, que no hay evidencia médica que me impediría participar en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que si tengo el Síndrome de Down, no puedo participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, resulten en hiper-extensión, flexión radical o presión directa en el cuello o la columna vertebral superior a menos que haya presentado el Consentimiento Especial para Atletas con Síndrome de Down, disponible en el programa de Olimpiadas Especiales en mi estado, o he tenido un examen radiológico completo que estableció la ausencia de inestabilidad atlanto-axial. Soy consciente de que si decido no completar la forma de Consentimiento Especial para Atletas con Síndrome de Down que establece la ausencia de inestabilidad atlanto-axial, debo tener el examen radiológico antes de poder participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, nado estilo mariposa, buceo de inicio en deportes acuáticos, salto de altura, esquí alpino, tabla para esquiar, ascenso en cuclillas y fútbol.

Olimpiadas Especiales tiene mi permiso, (tanto durante como en cualquier momento después), para usar mi imagen, nombre, voz o palabras, ya sea en la televisión, radio, cine, periódicos, revistas, sitio web y otros medios de comunicación, y en cualquier forma, para el propósito de publicidad o comunicación de los fines y actividades de Olimpiadas Especiales y/o la aplicación para fondos a utilizar para estos fines y actividades.

Entiendo que la relación entre Olimpiadas Especiales y yo es un arreglo "a voluntad" y esa relación puede ser interrumpida en cualquier momento sin causa por cualquiera, Olimpiadas Especiales o yo.

Si durante mi participación en Olimpiadas Especiales, debo necesitar tratamiento médico de emergencia, y no soy capaz de dar mi consentimiento o hacer mis propios arreglos para el tratamiento debido a mis lesiones, autorizo a Olimpiadas Especiales a tomar las medidas que sean necesarias para proteger mi salud y bienestar, incluyendo, si es necesario, hospitalización.

Yo, el atleta mencionado anteriormente, he leído este documento y comprendo plenamente las disposiciones del acuerdo que estoy firmando. Entiendo que al firmar este documento, estoy diciendo que estoy de acuerdo con las disposiciones de este consentimiento.

Firma
• Requerida • Firma del Atleta Adulto _____ Fecha: ____/____/____

Firma
• Requerida • Firma del Adulto Testigo _____ Fecha: ____/____/____

SECCIÓN B: CONSENTIMIENTO A SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR DEL ATLETA

Yo soy el padre/tutor de _____, en cuyo nombre he enviado la Solicitud para la Participación en Olimpiadas Especiales adjunta. Por la presente, garantizo que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.

Yo represento y garantizo que a mi mejor saber y entender, el atleta es física y mentalmente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales. Con mi aprobación, un médico con licencia ha revisado la información de salud establecida en la solicitud del atleta, y ha certificado en base a un examen médico independiente que no hay evidencia médica que impida la participación del atleta. Entiendo que si el atleta tiene Síndrome de Down, él/ella no puede participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, den lugar a hiper-extensión, flexión radical o presión directa en el cuello o la columna superior, a menos que dos médicos y yo mismo hayamos completado el Consentimiento Especial oficial para Atletas con Síndrome de Down, disponible en el programa de Olimpiadas Especiales en mi estado, o el atleta ha tenido un examen radiológico completo que establece la ausencia de inestabilidad atlanto-axial. Soy consciente de que si decido no completar la forma de Consentimiento Especial para Atletas con Síndrome de Down que ha establecido la ausencia de inestabilidad atlanto-axial, el atleta debe tener el examen radiológico antes de que él/ella pueda participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, nado estilo mariposa, buceo de inicio en deportes acuáticos, salto de altura, esquí alpino y fútbol.

Al permitir al atleta a participar, otorgo especialmente mi permiso, (ambos durante y en cualquier momento después), a Olimpiadas Especiales de usar el parecido del atleta, nombre, voz y palabras en la televisión, radio, cine, periódicos, revistas y otros medios de comunicación, y en cualquier forma, para efectos de publicidad o comunicación de los fines y actividades de Olimpiadas Especiales y/o solicitar fondos para apoyar los propósitos y actividades.

Si se presenta una emergencia médica durante la participación del atleta en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, en un momento en que no estoy presente a fin de ser consultado personalmente con respecto al cuidado del atleta, por la presente autorizo a Olimpiadas Especiales, en mi nombre, a tomar todas las medidas que sean necesarias para asegurar que se proporcione al atleta cualquier tratamiento médico de emergencia, que Olimpiadas Especiales considere conveniente con el fin de proteger la salud y el bienestar del atleta.

Yo soy el padre/tutor del atleta nombrado en esta aplicación. He leído y entendido completamente las disposiciones de este consentimiento, y he explicado estas disposiciones al atleta. A través de mi firma en esta forma de consentimiento, yo estoy de acuerdo con las disposiciones anteriores en mi propio nombre y en el nombre del atleta nombrado arriba.

Entiendo que la relación entre Olimpiadas Especiales y el atleta es un arreglo "a voluntad" y esa relación puede ser interrumpida en cualquier momento sin causa por cualquiera, Olimpiadas Especiales o el atleta.

Confiero mi permiso para que el atleta arriba nombrado participe en los juegos de las Olimpiadas Especiales, programas recreativos y programas de actividad física.

Firma
• Requerida • Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: ____/____/____
Nombre en Imprinta _____ Relación con el Atleta _____

OFFICIAL SPECIAL OLYMPICS ATHLETE CONSENT FORM**SECTION A: CONSENT TO BE COMPLETED BY ADULT ATHLETE**

- ☐ I, _____, am at least 18 years old and am my own legal guardian. *Please complete Section A only.*
- ☐ I, _____, am at least 18 years old but am NOT my legal guardian. *Please complete Section B only.*

I represent and warrant that, to the best of my knowledge and belief, I am physically and mentally able to participate in Special Olympics activities. I also represent that a licensed physician has reviewed the health information contained in my application and has certified, based on an independent medical examination, that there is no medical evidence which would preclude me from participating in Special Olympics. I understand that if I have Down Syndrome, I cannot participate in sports or events which, by their nature, result in hyper-extension, radical flexion or direct pressure on my neck or upper spine unless I have submitted the Special Consent for Athletes with Down Syndrome, available from the Special Olympics program in my state, or I have had a full radiological examination which established the absence of Atlanto-axial Instability. I am aware that if I choose not to complete the Special Consent for Athletes with Down Syndrome form which established the absence of Atlanto-axial Instability, I must have the radiological examination before I can participate in equestrian sports, gymnastics, diving, pentathlon, butterfly stroke, diving starts in aquatics, high jump, alpine skiing, snowboarding, squat lift and soccer.

Special Olympics has my permission, (both during and anytime after), to use my likeness, name, voice, or words in either television, radio, film, newspapers, magazines, Web site and other media, and in any form, for the purpose of advertising or communicating the purposes and activities of Special Olympics and/or applying for funds to be used for these purposes and activities.

I understand that the relationship between Special Olympics and me is an "at will" arrangement and such a relationship can be terminated at any time without cause by either Special Olympics or me.

If, during my participation in Special Olympics, I should need emergency medical treatment, and I am not able to give my consent or make my own arrangements for that treatment because of my injuries, I authorize Special Olympics to take whatever measures are necessary to protect my health and well-being, including, if necessary, hospitalization.

I, the athlete named above, have read this paper and fully understand the provisions of the consent that I am signing. I understand that by signing this paper, I am saying that I agree to the provisions of this consent.

SIGNATURE • REQUIRED • Signature of Adult Athlete _____ Date: ____ / ____ / ____

SIGNATURE • REQUIRED • Signature of Witnessing Adult _____ Date: ____ / ____ / ____

SECTION B: CONSENT TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN OF ATHLETE

I am the parent/guardian of _____, on whose behalf I have submitted the attached Application for Participation in Special Olympics. I hereby represent that the athlete has my permission to participate in Special Olympics activities.

I further represent and warrant that to the best of my knowledge and belief, the athlete is physically and mentally able to participate in Special Olympics activities. With my approval, a licensed physician has reviewed the health information set forth in the athlete's application, and has certified based on an independent medical examination that there is no medical evidence which would preclude the athlete's participation. I understand that if the athlete has Down Syndrome, he/she cannot participate in sports or events which, by their nature, result in hyper-extension, radical flexion or direct pressure on the neck or upper spine, unless two physicians and myself have completed the official Special Consent for Athletes with Down Syndrome, available from the Special Olympics program in my state, or the athlete has had a full radiological examination which establishes the absence of Atlanto-axial Instability. I am aware that if I choose not to complete the Special Consent for Athletes with Down Syndrome form which established the absence of Atlanto-Instability, the athlete must have the radiological examination before he/she can participate in equestrian sports, gymnastics, diving, pentathlon, butterfly stroke, diving starts in aquatics, high jump, alpine skiing and soccer.

In permitting the athlete to participate, I am specifically granting my permission, (both during and anytime after), to Special Olympics to use the athlete's likeness, name, voice, and words in television, radio, film, newspapers, magazines and other media, and in any form, for the purpose of advertising or communicating the purposes and activities of Special Olympics and/or applying for funds to support those purposes and activities.

If a medical emergency should arise during the athlete's participation in any Special Olympics activities, at a time when I am not personally present so as to be personally consulted regarding the athlete's care, I hereby authorize Special Olympics, on my behalf, to take whatever measures are necessary to ensure that the athlete is provided with any emergency medical treatment, which Special Olympics deems advisable in order to protect the athlete's health and well-being.

I am the parent/guardian of the athlete named in this application. I have read and fully understand the provisions of the above consent, and have explained these provisions to the athlete. Through my signature on this consent form, I am agreeing to the above provisions on my own behalf and on the behalf of the athlete named above.

I understand that the relationship between Special Olympics and the athlete is an "at will" arrangement and such a relationship can be terminated at any time without cause by either Special Olympics or the athlete.

I hereby grant my permission for the above named athlete to participate in Special Olympics games, recreation programs and physical activity programs.

SIGNATURE • REQUIRED • Signature of Parent/Guardian _____ Date: ____ / ____ / ____

Printed Name _____ Relationship to Athlete _____

NOMBRE DEL ATLETA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE ATLETAS SALUDABLES



Special Olympics
Healthy Athletes

Olimpiadas Especiales, Inc. ofrece servicios de atención médica no invasivos a los atletas a nivel local, estatal, nacional y sedes de Juegos Mundiales a través del programa de Atletas Saludables. Estos servicios han incluido evaluaciones individuales de detección del estado de salud y las necesidades del cuidado de la salud, provisión de educación para la salud, servicios preventivos de rutina (por ejemplo, protectores bucales), servicios educativos, y, en el caso de déficit de la visión y audición, la provisión de anteojos necesarios (anteojos, gafas para nadar, gafas de protección) y audífonos. Los atletas son informados en cuanto a su estado de salud y aconsejados en cuanto a la necesidad de seguimiento de atención. Además, la información recogida en el tiempo en que se proporcionan los servicios ha sido invaluable para el desarrollo de políticas, la obtención de recursos y la implementación de programas para satisfacer mejor las necesidades de salud de los atletas.

Estos servicios de salud serán puestos a disposición de los atletas de Olimpiadas Especiales, donde se ofrecen a través de los lugares de Atletas Saludables. Los servicios pueden ser ofrecidos en las siguientes áreas: visión; salud oral; audición; terapia física; y una variedad de áreas de promoción de la salud (altura, peso, protección solar, etc.). Estos servicios serán gratuitos y están disponibles para todos los atletas de Olimpiadas Especiales ya sea que estén compitiendo en el evento específico de Juegos o no. Los servicios estarán a cargo de profesionales de la salud calificados que, además, han recibido entrenamiento provisto por Olimpiadas Especiales. Muchos de los profesionales de la salud voluntarios tienen experiencia previa en el servicio a atletas de Olimpiadas Especiales y otros pacientes con necesidades especiales.

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD: Autorizo la participación de _____ (nombre completo de atleta) en los lugares de evaluación de Atletas Saludables. Entiendo que la participación en los lugares de Atletas Saludables es voluntaria y que la autorización puede ser retirada en cualquier momento sin penalización alguna y que la participación en Atletas Saludables no es un requisito para participar en otras actividades de Olimpiadas Especiales. Entiendo que la prestación de estos servicios de salud no pretende ser un sustituto o alternativa a la atención regular que se ha recibido en el pasado o que sea recomendada en el futuro. Entiendo que la información que se obtenga como parte del proceso de evaluación se puede usar en forma grupal (de forma anónima) para evaluar y comunicar las necesidades generales de salud de los atletas y desarrollar programas para hacer frente a esas necesidades.

Nombre en Imprenta del Atleta

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Delegación de Olimpiadas Especiales de Minnesota

Firma

• Requerida •

Firma del Padre/Tutor _____

For athletes 17 years old and younger

Fecha: ____/____/____

Firma

• Requerida •

Firma del Atleta _____

Para atletas de 18 años o más

Fecha: ____/____/____

NOTA: Esta autorización permanecerá en efecto al menos que la parte que consiente solicite su terminación o que el alcance del programa de Atletas Saludable cambie materialmente.

HEALTHY ATHLETES CONSENT FORM



Special Olympics Healthy Athletes

Special Olympics, Inc. offers non-invasive health care services to athletes at local, state, national and World Games venues through the Healthy Athletes program. These services have included individual screening assessments of health status and health care needs, provision of health education, routine preventive services (e.g. protective mouth guards), educational services, and, in the case of vision and hearing deficits, provision of needed eyewear (glasses, swim goggles, protective eyewear) and hearing aids. Athletes are informed as to their health status and advised as to the need for follow-up care. In addition, information collected at the time services are provided has been invaluable for developing policies, securing resources and implementing programs to better meet the health needs of athletes.

Such health services will be made available to Special Olympics athletes where offered through Healthy Athletes venues. Services may be offered in the following areas: vision; oral health; hearing; physical therapy; and a variety of health promotion areas (height, weight, sun protection, etc.). These services will be free of charge and are available to all Special Olympics athletes whether they are competing at the specific Games event or not. The services will be delivered by qualified health professionals who, in addition, have received Special Olympics-provided training. Many of the volunteer health professionals have previous experience in serving Special Olympics athletes and other special needs patients.

AUTHORIZATION FOR MINORS: I authorize the participation of _____ (athlete's full name) in the Healthy Athletes screening venues. I understand that participation in the Healthy Athletes venues is voluntary and that authorization can be withdrawn at any time without penalty and that participation in Healthy Athletes is not a requirement for participating in other Special Olympics activities. I understand that the provision of these health services is not intended as a substitute or alternative to regular care that has been received in the past or that may be recommended in the future. I understand that information that is gathered as part of the screening process may be used in group form (anonymously) to assess and communicate the overall health needs of athletes and to develop programs to address those needs.

Athlete's Printed Name____ / ____ / ____
Date of Birth_____
Special Olympics Minnesota Delegation**SIGNATURE**
• REQUIRED •Signature of Parent/Guardian _____
For athletes 17 years old and younger

Date: ____ / ____ / ____

SIGNATURE
• REQUIRED •Signature of Athlete _____
For athletes 18 years old and older

Date: ____ / ____ / ____

NOTE: This authorization shall remain effective unless the consenting party requests termination or the scope of the Healthy Athletes program changes materially.



Política de Reconocimiento de Conciencia & Seguridad de Conmoción Cerebral

Material Educativo para Padres/Tutores Legales y Atletas

(El contenido cumple los requisitos del MDH)

Fuentes: Minnesota Department of Health. CDC y el National Operating Committee on Standards for Athletic Equipment (NOCSAE)

ENTENDIENDO LA CONMOCION CEREBRAL

Dolor de Cabeza	Presión en la Cabeza	Náusea/Vómito	Sensibilidad al Mareo
Problemas de Balance	Doble Visión	Visión Borrosa	Nubosidad a la Luz
Sensibilidad al Ruido	Memoria Lenta	Nebulosidad	"Sintiéndose de Bajón"
Pobre Concentración	Problemas Sintiéndose	Confusión	Problemas de Sueño
No "Sentirse Bien"	Irritable	Tiempo Lento de Reacción	Aturdimiento

¿QUE ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una **conmoción cerebral** es un tipo de **lesión traumática del cerebro** que cambia la forma en que el cerebro funciona normalmente. Una conmoción cerebral es causada por una caída, un golpe, una sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y adelante. Una conmoción cerebral puede ser causada por una sacudida, un giro o una parada y continuación repentina de la cabeza. Incluso un ligero golpe, o "golpearse para despertarse", o lo que parece ser un golpe leve o un toque en la cabeza puede ser grave. Una conmoción cerebral puede ocurrir incluso si usted no ha sido noqueado. No se puede ver una conmoción cerebral. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o no aparecer o ser notado hasta días o semanas después de la lesión. Si el atleta reporta síntomas de una conmoción cerebral, o si nota síntomas usted mismo, busque atención médica de inmediato. Un atleta que puede haber tenido una conmoción cerebral no debe volver a jugar en el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud diga que está bien para volver a jugar.

SI USTED SOSPECHA UNA CONMOCIÓN CEREBRAL:

- BUSQUE ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO** - Un profesional de la salud podrá decidir la gravedad de la conmoción cerebral y cuando sea seguro para el atleta volver a sus actividades normales, incluyendo deportes. No ocultarlo, repórtelo. Haciendo caso omiso de los síntomas y tratar de "aguantarse" a menudo lo hace peor.
- MANTENGA A SU ATLETA FUERA DEL JUEGO** - Las conmociones cerebrales toman tiempo para sanar. No deje que el atleta retorne al juego el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud le indique que está bien. Un atleta que vuelve a jugar demasiado pronto, cuando el cerebro todavía está sanando, se arriesga a una mayor probabilidad de tener una segunda conmoción cerebral. Los niños pequeños y los adolescentes son más propensos a sufrir una conmoción cerebral y tardan más en recuperarse que los adultos. Conmociones cerebrales repetidas o segundas aumentan el tiempo que tarda en recuperarse y puede ser muy grave. Pueden causar daños permanentes en el cerebro, lo que afectaría al atleta para toda la vida. Pueden ser fatales. Es mejor perderse un partido que toda la temporada.
- DÍGALE AL ENTRENADOR SOBRE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL PREVIA** - Los entrenadores deben saber si un atleta tuvo una conmoción cerebral anterior. El entrenador de un deportista no puede saber acerca de una contusión recibida en otro deporte o actividad a menos que usted le notifique.

SEÑALES OBSERVADAS POR PADRES/TUTORES:

- Parece aturdido o estupefacto
- Está confundido sobre la asignación o posición
- Olvida una instrucción
- No puede recordar eventos previos o después
- No está seguro del juego, marcador, u oponente
- Se mueve torpemente
- Contesta preguntas lentamente
- Pierde conciencia (aún brevemente)
- Muestra cambios de carácter, o comportamiento o personalidad

SEÑALES DE PELIGRO DE CONMOCIÓN CEREBRAL:

En casos raros, un coágulo de sangre peligrosa se puede formar en el cerebro de una persona con una conmoción cerebral y desplazar al cerebro contra el cráneo. Un atleta debe recibir atención médica inmediata si después de un golpe, un puñetazo o sacudida en la cabeza o el cuerpo él/ella presenta cualquiera de las siguientes señales de alarma:

- Una pupila más grande que la otra
- Está mareado o no puede ser despertado
- Un dolor de cabeza que empeora
- Debilidad, adormecido, o descoordinado
- Vómito o náusea repetidos
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques
- No puede reconocer gente/lugares
- Se vuelve cada vez más confuso
- Tiene comportamiento inusual
- Pierde la conciencia (aun una breve pérdida de conciencia debe ser tomada seriamente.)



Concussion Awareness & Safety Recognition Policy
Educational Material for Parents/Legal Guardians and Athletes
(Content Meets MDH Requirements)

Sources: Minnesota Department of Health, CDC and the National Operating Committee on Standards for Athletic Equipment (NOCSAE)

UNDERSTANDING CONCUSSION

Headache	Pressure in the Head	Nausea/Vomiting	Dizziness Sensitive
Balance Problems	Double Vision	Blurry Vision	to Light Fogginess
Sensitivity to Noise	Sluggishness Memory	Haziness	“Feeling Down”
Poor Concentration	Problems Feeling	Confusion	Sleep Problems Grogginess
Not “Feeling Right”	Irritable	Slow Reaction Time	

WHAT IS A CONCUSSION?

A **concussion is a type of traumatic brain injury** that changes the way the brain normally works. A concussion is caused by a fall, bump, blow, or jolt to the head or body that causes the head and brain to move quickly back and forth. A concussion can be caused by a shaking, spinning or a sudden stopping and starting of the head. Even a “ding,” “getting your bell rung,” or what seems to be a mild bump or blow to the head can be serious. A concussion can happen even if you haven’t been knocked out.

You can’t see a concussion. Signs and symptoms of concussions can show up right after the injury or may not appear or be noticed until days or weeks after the injury. If the athlete reports any symptoms of a concussion, or if you notice symptoms yourself, seek medical attention right away. An athlete who may have had a concussion should not return to play on the day of the injury and until a health care professional says they are okay to return to play.

IF YOU SUSPECT A CONCUSSION:

- 1. SEEK MEDICAL ATTENTION RIGHT AWAY** - A health care professional will be able to decide how serious the concussion is and when it is safe for the athlete to return to regular activities, including sports. Don’t hide it, report it. Ignoring symptoms and trying to “tough it out” often makes it worse.
- 2. KEEPING YOUR ATHLETE OUT OF PLAY** - Concussions take time to heal. Don’t let the athlete return to play the day of injury and until a health care professional says it’s okay. An athlete who returns to play too soon, while the brain is still healing, risks a greater chance of having a second concussion. Young children and teens are more likely to get a concussion and take longer to recover than adults. Repeat or second concussions increase the time it takes to recover and can be very serious. They can cause permanent brain damage, affecting the athlete for lifetime. They can be fatal. It is better to miss one game than the whole season.
- 3. TELL THE COACH ABOUT ANY PREVIOUS CONCUSSION** –Coaches should know if an athlete had a previous concussion. An athlete’s coach may not know about a concussion received in another sport or activity unless you notify them.

**SIGNS OBSERVED BY
PARENTS/LEGAL GUARDIANS:**

- Appears dazed or stunned
- Is confused about assignment or position
- Forgets an instruction
- Can’t recall events prior to or after a hit
- Is unsure of game, score, or opponent
- Moves clumsily
- Answers questions slowly
- Loses consciousness (even briefly)
- Shows mood or behavior, or personality changes

CONCUSSION DANGER SIGNS:

In rare cases, a dangerous blood clot may form on the brain in a person with a concussion and crowd the brain against the skull. An athlete should receive immediate medical attention if after a bump, blow, or jolt to the head or body s/he exhibits any of the following danger signs:

- One pupil larger than the other
- Is drowsy or cannot be awakened
- A headache that gets worse
- Weakness, numbness, or decreased coordination
- Repeated vomiting or nausea
- Slurred speech
- Convulsions or seizures
- Cannot recognize people/places
- Becomes increasingly confused
- Has unusual behavior
- Loses consciousness (even a brief loss of consciousness should be taken seriously.)

HOW TO RESPOND TO A REPORT OF A CONCUSSION:

If an athlete reports one or more symptoms of a concussion after a bump, blow, or jolt to the head or body, s/he should be kept out of athletic play the day of the injury. The athlete should only return to play with permission from a health care professional experienced in evaluating for concussion. During recovery, rest is key. Exercising or activities that involve a lot of concentration (such as studying, working on the computer, or playing video games) may cause concussion symptoms to reappear or get worse. Athletes who return to sports after a concussion may need to take rests breaks and be given extra help and time. After a concussion, returning to sports is a gradual process that should be monitored by a health care professional. **If a concussion is diagnosed, the athlete must sit out for a minimum of 7 consecutive days AND a healthcare provider must provide written clearance for the athlete to return to play.**

Remember: Concussion affects people differently. While most athletes with a concussion recover quickly and fully, some will have symptoms that last for days, or even weeks. A more serious concussion can last for months or longer. To learn more, go to www.cdc.gov/concussion.

Please check the box located on page 1 of this Application for Participation in Special Olympics packet indicating that you have read and understand the above Concussion Awareness Policy.

COMO RESPONDER A UN REPORTE DE CONMOCIÓN CEREBRAL:

Si un atleta informa de uno o más síntomas de una conmoción cerebral después de un golpe, un puñetazo o sacudida en la cabeza o el cuerpo, él/ella debe mantenerse fuera de juego deportivo el día de la lesión. El atleta sólo debe volver a jugar con el permiso de un profesional de la salud con experiencia en evaluación de conmociones cerebrales. Durante la recuperación, el descanso es la clave. Hacer ejercicio o actividades que impliquen una gran cantidad de concentración (como estudiar, trabajar en la computadora o jugar juegos de video) puede causar que los síntomas de conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Los atletas que regresan a los deportes después de una conmoción cerebral pueden necesitar tomar pausas de reposo y necesitar ayuda y tiempo extra. Después de una conmoción cerebral, volver a los deportes es un proceso gradual que debe ser controlado por un profesional de la salud. **Si se diagnostica una conmoción cerebral debe tener un formulario de autorización para volver a jugar.**

Recuerde: Una conmoción cerebral afecta a las personas de manera diferente. Aunque la mayoría de los atletas con una conmoción cerebral se recuperan rápidamente y completamente, algunos tendrán síntomas que duran días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.

Para obtener más información, vaya a www.cdc.gov/concussion.

Por favor marque la casilla y firme la forma de Aplicación para Participación en Olimpiadas Especiales.
--

Special Olympics Minnesota

100 Washington Avenue South Suite 550, Minneapolis, MN 55401 Phone: 800.783.7732 Fax: 612.333.8782

SOMN.ORG Email: coacheducation@somn.org

Created by the Joseph P. Kennedy Jr. Foundation for the benefit of persons with intellectual disabilities