

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA ATLETAS CON INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL



DISTRITO: _____ ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
mes día año

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Hemos examinado al atleta, cuyo nombre se menciona arriba, quien presenta el Síndrome de Down y al que se le ha diagnosticado Inestabilidad Atlanto-axial. Certificamos, basados en nuestra examinación del atleta y en nuestra revisión de la información acerca de su salud contenida en esta solicitud, que a pesar del diagnóstico de Inestabilidad Atlanto-axial, este atleta puede participar en las Olimpiadas Especiales. Certificamos además, que le hemos explicado al atleta nombrado en esta solicitud (y al padre o tutor cuya firma aparece abajo, si el atleta es menor de edad), los riesgos de salud asociados con la participación del atleta en eventos deportivos los cuales, por su naturaleza, pueden producir una hiperextensión, flexión radical o compresión directa de las cervicales o extremo superior de la columna vertebral. (Se requiere la firma de **dos** médicos).

Médico

Restricciones (si las hay): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha _____

Firma del médico: _____

Médico

Restricciones (si las hay): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha _____

Firma del médico: _____

CERTIFICACIÓN DEL ATLETA ADULTO

1. Los médicos arriba firmantes me han informado de que padezco de Inestabilidad Atlanto-axial.
2. Los riesgos asociados con esta condición física, incluyendo riesgos al participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, natación estilo mariposa, el buceo que comienza con natación, salto de altura, esquí alpino, y fútbol (soccer) han sido explicados por los médicos nombrados, y yo entiendo cabalmente las consecuencias médicas posibles si participo en cualquiera de estos deportes y eventos.
3. Si bien yo reconozco y entiendo los riesgos y consecuencias médicas posibles, certifico que estoy tomando estos riesgos consciente y voluntariamente, en mi libre albedrío, y que me mueve mi deseo de participar en las Olimpiadas Especiales que pueden incluir cualquiera o todos los deportes o eventos mencionados más arriba, basado en las certificaciones de los dos médicos nombrados de que los médicos no me impiden participar en las Olimpiadas Especiales.

Firma del Atleta adulto

Fecha

Por la presente certifico que he leído esta exención de responsabilidad con el atleta cuya firma aparece arriba. Yo estoy satisfecho, basado en esta revisión, de que el atleta entiende esta exención de responsabilidad y que está de acuerdo con los términos expresados.

Nombre (imprenta): _____

Relación con el atleta: _____

CERTIFICACIÓN DEL PADRE O TUTOR

1. Los médicos arriba firmantes me han informado de que mi hijo/hija padece de Inestabilidad Atlanto-axial.
2. Los riesgos asociados con esta condición física, incluyendo riesgos al participar en deportes ecuestres, gimnasia, buceo, pentatlón, natación estilo mariposa, el buceo que comienza con natación, salto de altura, esquí alpino, y fútbol (soccer) han sido explicados por los médicos nombrados, y yo entiendo cabalmente las consecuencias médicas posible si mi hijo/hija participa en cualquiera de estos deportes y eventos.
3. Si bien yo reconozco y entiendo los riesgos y consecuencias médicas posibles, por la presente doy permiso a mi hijo/hija a participar en las Olimpiadas Especiales que pueden incluir cualquiera o todos los deportes o eventos mencionados más arriba, basado en las certificaciones de los dos médicos nombrados de que los médicos no le impiden a mi hijo/hija participar en las Olimpiadas Especiales.

Firma del padre o tutor

Fecha