

# OLIMPIADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD UMB 2017



## FICHA DE INSCRIPCIÓN DEPORTISTA Y FICHA MÉDICA

### Información de la institución:

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN</b>		<b>TEL. FIJO</b>	<b>TELÉFONO CELULAR</b>
<b>CIUDAD</b>	<b>CORREO</b>		

### Identificación

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Nombres</b>

RC / TI / CC / CE		DIA	MES	AÑO		
<b>TIPO DE DOC</b>	<b>Nº IDENTIFICACIÓN</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Edad</b>	<b>Género</b>

<b>Esta afiliado a una EPS?</b>	SI	NO	
	CUAL?		
<b>Nombre del padre o madre</b>		<b>Teléfono fijo</b>	<b>Celular</b>

### Información Deportiva:

<b>Nombre del Entrenador</b>	<b>Tel fijo</b>	<b>Celular</b>	<b>E-mail</b>

<b>DEPORTE QUE SE INSCRIBE</b>	<b>MODALIDAD</b>	<b>MARCA / PUNTAJE</b>
1.		
2.		

<b>Existe alguna objeción en caso de necesitar tratamiento Médico</b>	SI	NO
	CUAL?	

# OLIMPIADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD UMB 2017

## Historia Médica

### Antecedentes Médicos:

Enfs de los Ojos	
Enfs Hepáticas	
Enfs Tiroideas	
Problemas Siquiátricas	
Enfs Cardiovasculares	
Problemas Emocionales	
Enfs SNC	
Enfs Infectocontagiosas	
Hipertensión Arterial	
Embarazo	
Dietas Especiales	
Problemas Dentales	
Síndrome de Down*	

Problemas Sanguíneos	
Convulsiones (epilepsia)	
Enfs Renales	
Alergias	
Gastritis	
Asma	
Diabetes	
H.I.V	
Hernia	
Cáncer	
Esquema de Vacunación	
Otros (Cuales)	

\*Para síndrome de Down relacione estabilidad Atlanta – axial y resultados de RX.

### 2.2 Examen Físico

<b>Peso</b>	<b>Talla</b>	<b>Tensión Arterial</b>	<b>Frecuencia Cardíaca</b>	<b>RH</b>

### **3. Restricciones Generales:**

Con relación a la participación del Atleta en la Olimpiada:	

### **4. Información Médico Examinador:**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Nº registro</b>

<b>Dirección, Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>	<b>E-mail</b>

# OLIMPIADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD UMB 2017

<b>Certifico que la información y el examen físico del participante, no representa ningún impedimento para su participación en este evento.</b>	SI
	NO

<b>OBSERVACIONES FINALES:</b>	

DIA	MES	AÑO
<b>Fecha en que se diligencia el formato</b>		

<b>Firma y Sello del Médico:</b>	
----------------------------------	--

**Observaciones:**

Tiene el atleta algún requerimiento especial para la competencia? (Auditivo, de visión, Silla de ruedas, otros):

**DOCUMENTOS:**

1. Fotocopia Documento de Identidad
2. Autorización padres y/o acudiente responsable.
3. Fotocopia carné EPS.
4. Ficha de inscripción deportistas y ficha medica