

**COMUNICADO ESPECIAL PARA ATLETAS CON ATLÁNTICO-AXIAL INESTABILIDAD (FORMULARIO AAI)**  
**(\*CAMPOS OBLIGATORIOS/\*\*SE REQUIERE LA FIRMA Y FECHA/\*\*\*)REQUERIDO FIRMAS Y FECHAS)**

Atleta Nombre (Apellido, Nombre)*		Condado de Participantes:	
Nombre de Contacto*:		Atleta Fecha de Nacimiento*:	
Contacto Email*:		Teléfono de Contacto*:	

**INSTRUCCIONES:** Si el atleta que aparece tiene Síndrome de Down y respondió "Sí" para el inciso 1a, 1b y 1c en la Sección G (Página 3 de la "Aplicación del Deportista para la Participación" Form), y desea participar en deportes o eventos que por su naturaleza puede resultar en hiper-extensión, flexión radical o presión directa sobre el cuello o la columna superior (esquí alpino, pentatlón, salto de altura, estilo mariposa o buceo se inicia en los deportes acuáticos y fútbol), Artículos 1-14 a continuación deben ser completado por **dos** profesionales médicos con licencia (examinadores). \*\*\*Firmas del examinador (Artículos 6 y 13) y la firma Fechas del examinador (Artículos 7 y 14), respectivamente, se requieren. El atleta independiente adulto, padre / tutor del atleta menor de edad, o el tutor legal del atleta adulto debe firmar y fechar los Artículos 15 y 16 a continuación.

Tenga en cuenta que este formulario debe ser presentado junto con la "Solicitud de Participación Atleta" Form.

**PARA LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA (EXAMINADORES):** Hemos examinado el atleta mencionado en la solicitud que tiene Síndrome de Down y que ha sido diagnosticado con atlántico-axial Inestabilidad (AAI). Certificamos basada en nuestros exámenes de los atletas y la revisión de la información de salud contenida en esta aplicación que, a pesar del diagnóstico de la AAI, este atleta está médicamente no impide la participación en Olimpiadas Especiales. Certificamos además que hemos explicado al atleta nombrado en esta solicitud (y al padre o tutor cuya firma aparece abajo, en su caso) los riesgos médicos asociados con AAI y, en particular, los riesgos asociados con la participación de los atletas en los deportes o eventos que por su naturaleza pueden resultar en hiper-extensión, flexión radical o presión directa sobre el cuello o la columna vertebral superior.

<b>Examinador Uno (Llene las Casillas 1-7)</b>		<b>Examinador Dos (Llene las Casillas 8-14)</b>	
1. Restricciones (Si lo Hay)*:	_____	8. Restricciones (Si lo Hay)*:	_____
2. Nombre del Examinador*:	_____	9. Nombre del Examinador*:	_____
3. Dirección*:	_____	10. Dirección*::	_____
4. Ciudad*/Estado*/Código Postal*:	_____	11. Ciudad*/Estado*/Código Postal*:	_____
5. Teléfono*:	_____	12. Teléfono*:	_____
<b>6. Firma del Examinador***:</b>		<b>13. Firma del Examinador***:</b>	
<b>7. Firma Fecha***:</b>		<b>14. Firma Fecha***:</b>	

**CERTIFICACIÓN DE ATLETA INDEPENDIENTE PARA ADULTOS, PADRE/TUTOR DEL MENOR ATLETA, O TUTOR LEGAL DE ATLETA ADULTO**

Yo soy el atleta independiente adulto, el padre/tutor del atleta menor de edad, o el tutor legal del atleta adulto, mencionada en esta solicitud. Certifico que:  
 - He sido informado por los profesionales médicos con licencia nombradas arriba que yo o mi hijo menor de edad/dependiente tiene atlántico-axial inestabilidad.  
 - Los riesgos asociados con esa condición, incluyendo los riesgos de participar en el esquí alpino, pentatlón, salto de altura, estilo mariposa en los deportes acuáticos, y el fútbol han sido plenamente explicado a mí por los profesionales médicos con licencia mencionados en el encabezamiento, y entiendo completamente la posible médica consecuencias de mí o de mi hijo menor de edad/dependientes que participan en alguno de estos deportes o eventos.

**PARA ATLETAS ADULTO INDEPENDIENTE (18 AÑOS DE EDAD O MAOYRES):** A pesar de que reconozco y entiendo los riesgos y posibles consecuencias médicas, certifico que, basándose en las certificaciones de los dos profesionales médicos con licencia nombrada anteriormente que estoy tomando estos riesgos a sabiendas y voluntariamente, por mi propia voluntad, debido a mi deseo de participar en las Olimpiadas Especiales, incluyendo algunos o todos de los deportes mencionados anteriormente.

**PARA ATLETAS MENORES (MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD) O ATLETAS ADULTOS CON TUTORES LEGALES:** Aunque reconozco y entiendo los riesgos y posibles consecuencias médicas, certifico que, con base en las certificaciones de los dos profesionales médicos con licencia nombrados anteriormente que la presente doy mi permiso para que mi hijo menor de edad/dependientes para participar en Olimpiadas Especiales, incluyendo algunos o todos de los deportes mencionados anteriormente.

<b>15. FIRMA del Independiente Atleta Adulto, Padre/ Tutor Del Deportista Menor o Tutor Legal del Adulto Atleta**:</b>	_____	<b>16. Fecha**:</b>	_____
--	-------	---------------------	-------

La versión electrónica de este formulario se puede obtener visitando [www.BecomeAnAthleteSONC.org](http://www.BecomeAnAthleteSONC.org).

\*Campos obligatorios

\*\*Obligatorio Firmas y fechas de firma (manuscrita o mecanografiada Firmas y fechas de firma son aceptables)

\*\*\*Obligatorio y debe estar exrcita a mano por el examinador