

**APLICACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN POR PRIMERA
VEZ EN LA ACADEMIA DE TENIS JENSEN-
SCHMIDT**

NOMBRE: _____ EDAD: _____

TALLA DE CAMISETA: Adulto o Niño _____ GÉNERO: M o F (Marque)

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

DIRECCIÓN: _____

CUADAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL _____

No. DE TELÉFONO DEL PADRE/GUARDIÁN: (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA/TELÉFONO: _____

COMPAÑÍA DEL SEGURO DE SALUD: _____

MEDICAID: _____

HISTORIA DE SALUD

	SI	NO		SI	NO
1. Enfermedad cardíaca/defecto cardíaco/alta presión arterial	___	___	13. Asma	___	___
2. Dolor en el pecho	___	___	14. Sangrado fácil	___	___
3. Convulsiones/epilepsia/desmayos	___	___	15. Emocional/Comportamiento	___	___
4. Diabetes	___	___	16. Rasgos de Células Falsiformes	___	___
5. Concusión o lesión grave en la cabeza	___	___	17. Alergia: _____		
6. Cirugía seria o enfermedad seria	___	___	18. Vacunas Actualizadas	___	___
7. Insolación/agotamiento	___	___	19. Fecha de la última vacuna del tétano _____		
8. Ceguera/problemas visuales	___	___			
9. Lentes de contacto/lentes	___	___			
10. Pérdida auditiva/audífonos	___	___			
11. Problemas de huesos o articulaciones	___	___			
12. Dieta Especial	___	___			

MEDICAMENTO: Favor escribir el nombre del medicamento, fecha de la prescripción, cantidad y número de veces dado por día

Firma de la Persona llenando el formulario:

Fecha:

EVALUACIÓN DE INESTABILIDAD PARA ATLETAS CON SÍNDROME DE DOWN

FAVOR ANOTAR: Se le requiere a todos los niños y jóvenes adultos con Síndrome de Down tener una examinación radiológica completa para establecer la ausencia de la Inestabilidad Atlanto-Axial antes de que ella/el participen en deportes o eventos los cuales por su naturaleza, pueden resultar en hipertensión, flexión radical o presión directa en el cuello o en la parte superior de la espina dorsal.

Ha sido realizada una evaluación de rayos x para la inestabilidad atlanto-axial? YES NO

Si si, fue el examen POSITIVO para la inestabilidad atlanto-axial? _____

DE LA ÚLTIMA EXAMINACIÓN FÍSICA FECHA: _____

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 Genitourinary	___	___			
Extremidades	___	___	Piel	___	___			

Favor enviar esta aplicación llena a la siguiente dirección: (o favor enviarlo a la dirección de correo electrónico greenlightfoundation@yahoo.com)

***JSTA c/o Greenlight Foundation
3300 Winona Ave., Suite 1
Burbank, CA 91504***

Favor dirigir cualquier pregunta a greenlightfoundation@yahoo.com

Usted puede visitar nuestra página de Internet para mayor información al www.greenlightfoundation.org

PERMISO PARA SER LLENADO POR EL ATLETA ADULTO

Yo, _____, mayor de edad, he suministrado la aplicación adjunta para participar en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN-SCHMIDT*.

Certifico y aseguro en lo mejor de mi conocimiento y consideración que me encuentro física y mentalmente capaz de participar en las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*. También certifico que un médico certificado ha revisado la información de salud contenida en mi aplicación y ha certificado, basado en la examinación médica independiente, que no existe una evidencia médica contenida en mi aplicación que no me permita participar en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*.

La *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* tiene mi permiso (tanto durante como posteriormente), de usar mi parecido, nombre, voz o palabras ya sea en televisión, radio, filmación, periódico, revistas o cualquier otro medio impreso, y en cualquier otra forma, para el propósito de divulgar o comunicar el propósito y las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* y/o solicitar fondos para apoyar estos propósitos y actividades.

Si durante mi participación en las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* yo necesitara un tratamiento médico de emergencia, y no puede ser obtenido mi consentimiento o realizar mis propios arreglos para ese tratamiento debido a mis lesiones, autorizo a la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* a tomar todas las medidas necesarias para proteger mi salud y mi integridad física, incluyendo si es necesaria, la hospitalización.

Yo, el atleta mencionado arriba, he leído este documento y entiendo completamente las provisiones del consentimiento que estoy firmando. Entiendo que al firmar este documento, estoy aprobando las provisiones de este permiso.

Firma del atleta adulto: _____ Fecha: _____

Certifico que he revisado este permiso con el atleta cuya firma aparece arriba. Expreso mi satisfacción, basado en la revisión de que el atleta entiende este permiso y está de acuerdo con sus términos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Relación con el atleta: _____

PERMISO PARA SER LLENADO POR EL PADRE O GUARDIÁN DEL ATLETA MENOR

Soy el padre/guardián de _____, el atleta menor de edad, en cuya nombre he suministrado la aplicación adjunta para su participación en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*. Certifico que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*.

Certifico y aseguro en lo mejor de mi conocimiento y consideración que el atleta se encuentra física y mentalmente capaz de participar en las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*. Con mi aprobación, un médico certificado ha revisado la información de salud contenida en mi aplicación y ha certificado, basado en la examinación médica independiente, que no existe una evidencia médica que no le permita participar en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*.

Al otorgar mi permiso para que el atleta participe en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*, específicamente concedo mi permiso (tanto durante como posteriormente), de usar mi parecido, nombre, voz o palabras ya sea en televisión, radio, filmación, periódico, revistas o cualquier otro medio impreso, y en cualquier otra forma, para el propósito de divulgar o comunicar el propósito y las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* y/o solicitar fondos para apoyar estos propósitos y actividades.

Si durante la participación del atleta en las actividades de la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* el/ella necesitara un tratamiento médico de emergencia, y yo me encuentro personalmente presente para dar mi consentimiento o realizar arreglos para ese tratamiento, autorizo a la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT* a tomar todas las medidas necesarias para proteger la salud e integridad física del atleta, incluyendo si es necesaria, la hospitalización. Soy el padre (guardián) del atleta nombrado en esta aplicación. He leído y entiendo completamente las provisiones del permiso anterior y las he explicado al atleta. Con mi firma en esta aplicación, estoy dando mi consentimiento a las provisiones mencionadas a nombre del atleta.

Otorgo mi permiso para que el atleta nombrado en esta aplicación participe en la *ACADEMIA DE TENIS JENSEN- SCHMIDT*

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____