

FORMULARIO PARA REGISTRAR INESTABILIDAD ATLANTO-AXIAL EN ATLETAS CON SÍNDROME DE DOWN



DISTRITO: _____ ESCUELA/AGENCIA: _____

NOMBRE DEL ATLETA – Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Mes/día/año

El estudio de las radiografías de las vértebras cervicales muestra que el atleta mencionado _____ tiene _____ no tiene evidencias de Inestabilidad Atlanto-Axial.

Comentarios del Médico: _____

Nombre del Médico (letra de imprenta): _____

Firma del Médico _____

Certificación/Título del Médico: _____ Fecha: _____

Si el atleta tiene Inestabilidad Atlanto-Axial, no se le permitirá participar en los deportes o eventos listados al pie, a menos que el atleta complete y firme el Formulario de Exención de Responsabilidad por Inestabilidad Atlanto-Axial. Este formulario describe en detalle cualquier restricción que el atleta pueda tener, su nombre, dirección y las firmas de dos médicos, del atleta mayor de edad y del testigo o de los padres o tutores del atleta menor de edad.

Los deportes y competencias restringidos son:

Natación estilo mariposa, zambullidas, pentatlón, salto en alto, deportes ecuestres, gimnasia, fútbol (soccer), levantamiento de pesas en cuclillas, esquí alpino y cualquier otro tipo de ejercicio de calentamiento que pudiera causar presión innecesaria sobre la cabeza y cuello (región cervical).