



Dear Special Olympics Athletes, Parents, and Guardians:

Through the power of sports, our athletes find joy, confidence and fulfillment — on the playing field and in life. Whether you are new to Special Olympics or have been involved for years, we are excited you are part of the movement!

To register or re-register as a Special Olympics athlete, please complete the enclosed forms:

- REGISTRATION FORM.** This form asks for contact and other information.
- RELEASE FORM.** This form goes over some important details about Special Olympics participation.
- MEDICAL FORM.** This form is designed to identify health concerns that are more common among people with intellectual disabilities and clear an athlete to participate. Please fill out the Health History section on pages 1 and 2. If you do not understand any parts of the form, you may leave those parts blank to be discussed during the exam. The Physical Exam section on page 3 should be filled out and signed by a licensed medical professional (for example, Physician, Registered Nurse Practitioner, or Physician Assistant). If an athlete requires further examination due to a concerning health issue before clearance can be determined, a referral form is available on the fourth page.

The Release Form and the Medical Form instruct you to complete other forms in certain uncommon situations. If this applies to you or if you have any other questions, please contact Special Olympics New York at 212-661-4173.

Please submit registration forms to the New York City Office:

211 East 43rd Street, Suite 802

New York, NY 10017

Fax: 212-682-8060

Email: KByrne@nyso.org

One copy should be given to each coach. A parent/guardian should also retain a copy of these forms for their own records.

运动员登记表

Special Olympics



所属地区特殊奥林匹克成员组织：_____

您是新注册还是重新注册的特殊奥林匹克运动员？

新运动员

再次注册的运动

员

运动员信息			
名：	中间名：		
姓：	首选名：		
出生日期（日/月/年）：	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		
种族/民族（选填）：			
运动员的母语（可填多种，选填）：			
街道地址：		城市：	
州/省：	国家：	邮政编码：	
电话：	电子邮箱：		
运动项目/活动：			
运动员有能力代表自己同意医疗护理吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
父母/监护人信息（未成年人必须由父母或合法监护人填写此栏）			
姓名：			
关系：			
<input type="checkbox"/> 联系信息与运动员的一致			
街道地址：		城市：	
州/省：	国家：	邮政编码：	
电话：	电子邮箱：		
紧急联系信息			
<input type="checkbox"/> 与父母/监护人的一致			
姓名：			
电话：	关系：		
医师信息			
医师姓名：			
医师电话：			

运动员免责表

Special Olympics



我同意以下内容：

- 参与活动的 能力。** 我的身体状况能够参与特殊奥林匹克运动会的活动。
- 肖像负责。** 我允许特殊奥林匹克组织、特殊奥林匹克运动会组委会、特殊奥林匹克认证成员组织（统称“特殊奥林匹克”）使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音、言语和履历信息，以推广以及为特殊奥林匹克运动筹集资金。
- 脑震荡及其它意外伤害风险。** 我知晓有意外受伤的风险。我了解在遭受脑震荡或其他意外伤害后继续参与运动的风险。如果我在遭遇疑似脑震荡或其他伤害后，我可能将不得不接受医疗护理。在我再次开始运动之前，我可能必须等待7天或更久，并获得医生的许可。
- 紧急护理。** 如果在紧急情况下，我或我的监护人无法同意或作出决定，我授权特殊奥林匹克代表我作出医疗护理决定，除非我勾选了以下内容：
 - 我因为宗教或其他原因拒绝接受医疗护理。（不常见。）
 - 我不同意接受输血。（不常见。）（如勾选任何一项，则必须填写拒绝紧急医疗护理表。）
- 留宿。** 有些活动中我可能需要住宿在酒店或某人家中。如果我有任何问题，我会就此进行询问。
- 健康项目。** 如果我参与健康项目，我同意接受健康活动、筛查或治疗。这不会代替常规的医疗保健。任何时候我都可以拒绝治疗或其他类似活动。
- 个人信息。** 我了解特殊奥林匹克将会收集我的个人信息作为我参与活动的一部分，包括向特殊奥林匹克提供的我的姓名、肖像、地址、电话号码、健康信息及其他与个人相关的健康信息（即“个人信息”）。
 - 我同意特殊奥林匹克：
 - 将我的个人信息用于：确保我有资格并能安全地参与活动；举办培训和活动；分享竞赛成绩（包括在网站和新闻媒体上）；如果我参与健康项目，为我提供健康治疗服务；为了改善及响应对特殊奥林匹克参与者需求而进行的数据分析；进行电脑操作、质量保证、测试及其他相关活动；以及提供与活动相关的服务。
 - 使用我提供的联系信息来通知我特殊奥林匹克的相关事宜。
 - 将我的个人信息分享给 (i) 研究人员、商业伙伴、公共卫生机构以及其他研究智力障碍人士和特殊奥林匹克影响力的组织 (ii) 紧急情况下分享给医疗专业人员，以及 (iii) 政府机构，用于协助我申请参加特殊奥林匹克活动所需的国际旅行签证。以及用于其他保护公共安全、响应政府和法律要求上报信息的目的。
 - 我了解特殊奥林匹克是一个总部位于美国的全球性组织。我了解我的个人信息可能会在我居住的国家之外进行储存及使用，包括美国。这些国家的个人信息保护等级可能与我居住的国家不同。我同意，美国的法律将监督我的个人信息得到合理的使用。
 - 我有权要求查看我的个人信息或被告知我个人信息的使用情况。我有权要求改正或删除我的个人信息，如果与我所同意的内容不一致，我有权限制使用我的个人信息。
 - 隐私政策与本注册表中一致的个人信息可能会被使用和分享。这在 www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx 上的特殊奥林匹克隐私政策中有进一步解释。

运动员姓名：	电子邮箱：
运动员签名 （需由具有签署法律文件能力的成年运动员完成）	
我已阅读并理解此表格。如果我有任何问题，我会就此进行询问。签署姓名后，我即同意此表格内容。	
运动员签名：	日期：
父母/监护人签名 （需由无签署法律文件能力的运动员的父母或监护人完成）	
本人是运动员的父母或监护人。我已阅读并了解此表格，已酌情向运动员解释表格内容。签署姓名后，我即代表自己和运动员同意此表格内容。	
父母/监护人签名：	日期：
姓名（请用正楷书写）：	关系：

运动员医学表格 – 健康史

(由运动员或父母/监护人/护理人员完成, 并携带至体检处)

Special
Olympics



运动员的姓名: _____

首选姓名: _____

运动员的出生日期 (月/日/年): _____

女 男

国家: _____

电子邮箱: _____

并发症 - 运动员是否有以下病症 (勾选符合的选项):

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 孤独症 | <input type="checkbox"/> 唐氏症 | <input type="checkbox"/> 脆性 X 染色体综合征 |
| <input type="checkbox"/> 大脑性麻痹 | <input type="checkbox"/> 胎儿乙醇综合征 | |
| <input type="checkbox"/> 其他综合征, 请说明: _____ | | |

过敏史 & 饮食忌口

- 未知的过敏症
- 乳胶
- 药物:
- 昆虫叮咬:
- 食品:

辅助设备 - 运动员是否使用任何辅助设备 (勾选符合的选项):

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支具 | <input type="checkbox"/> 结肠造口 | <input type="checkbox"/> 交流设备 |
| <input type="checkbox"/> C-PAP 呼吸机 | <input type="checkbox"/> 拐杖或助行器 | <input type="checkbox"/> 义齿 |
| <input type="checkbox"/> 框架眼镜或隐形眼镜 | <input type="checkbox"/> G 管或 J 管 | <input type="checkbox"/> 助听器 |
| <input type="checkbox"/> 植入装置 | <input type="checkbox"/> 吸入器 | <input type="checkbox"/> 起搏器 |
| <input type="checkbox"/> 可拆卸假肢 | <input type="checkbox"/> 夹板 | <input type="checkbox"/> 轮椅 |

列出任何特殊饮食需求:

运动参与

列出所有运动员希望参与的特殊奥运会运动:

医生是否曾限制运动员参与运动?

否 是 如果是, 请详细说明: _____

手术, 感染, 疫苗

列出过去所有的手术经历:

运动员目前是否有任何慢性或急性的感染?

否 是 如果是, 请详细说明: _____

运动员的心电图 (EKG) 或超声心动图 (Echo) 是否曾出现异常? 如果是, 请详细说明日期和结果

是, EKG 曾出现异常

是, Echo 曾出现异常

运动员在过去 7 年内是否注射过破伤风疫苗? 否 是

癫痫症和/或癫痫病史

癫痫症或任何类型的癫痫症状 否 是

如果是, 请列出癫痫类型: _____

如果是, 在过去的一年内是否有癫痫发作? 否 是

心理健康

在过去的一年内是否有自伤行为? 否 是 抑郁症 (经诊断) 否 是

在过去的一年内是否有攻击行为? 否 是 焦虑症 (经诊断) 否 是

详细说明任何其他心理健康问题: _____

家族史

是否有任何家族成员在 50 岁前死于心脏问题? 否 是

是否有任何家族成员在运动时死亡? 否 是

列出运动员家族中所有的医疗史: _____

运动员医学表格 – 健康史

(由运动员或父母/监护人/护理人员完成，并携带至体检处)



运动员的姓名: _____

运动员是否曾被诊断为以下症状或经历过以下状况

意识丧失	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	高血压	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	中风/瞬时性脑缺血	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
运动中或运动后头晕	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	高胆固醇	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	脑震荡	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
运动中或运动后头痛	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	视力障碍	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	哮喘	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
运动中或运动后胸痛	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	听觉障碍	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	糖尿病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
运动中或运动后气促	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	脾肿大	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	肝炎	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心跳不规则，心跳加速，心跳暂停	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	单肾	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	尿不适	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
先天性心脏缺损	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	骨质疏松症	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	脊柱裂	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心脏病发作	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	骨量减少	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	关节炎	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心肌症	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	镰状细胞疾病（贫血）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	中暑	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心脏瓣膜疾病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	镰刀型贫血特质	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	骨折	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心杂音	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	易出血	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	脱臼	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
心内膜炎	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是女性运动员，请列出上一次的月经期:					

详细说明过去的骨折或脱臼经历（如果勾选了这两者中的任一选项）

列出其他正在发生的或过去的医疗状况:

与脊髓压迫和寰枢椎不稳有关的神经学症状

难以控制大小便	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
腿、手臂、手或脚麻木或刺痛	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
腿、手臂、手或脚麻木或刺痛	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
脖子、后背、肩膀、手臂、手、臀部、腿或脚的灼痛、刺痛、神经压迫或疼痛	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
头部倾斜	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
痉挛状态	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
瘫痪	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如果是，这是过去3年以来的新症状还是变得更严重了?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是

请列出所有的药物、维生素或膳食补充剂

(包括吸入器、避孕或激素治疗)

药物、维生素或膳食补充剂	剂量	每日摄入的次数	药物、维生素或膳食补充剂	剂量	每日摄入的次数	药物、维生素或膳食补充剂	剂量	每日摄入的次数

运动员是否能管理自己的药物? 否 是

--	--	--

完成此表格的人员姓名	与运动员的关系	电话	电子邮箱
------------	---------	----	------

Athlete Medical Form – PHYSICAL EXAM

(To be completed by a Licensed Medical Professional qualified to conduct exams & prescribe medications)



Athlete's First and Last Name: _____

MEDICAL PHYSICAL INFORMATION

(To be completed by a Licensed Medical Professional qualified to conduct physical exams and prescribe medications)

Height	Weight	BMI (optional)	Temperature	Pulse	O ₂ Sat	Blood Pressure (in mmHg)		Vision				
cm	kg	BMI	C			BP Right:	BP Left:	Right Vision 20/40 or better	No	Yes	N/A	
in	lbs	Body Fat %	F					Left Vision 20/40 or better	No	Yes	N/A	
Right Hearing (Finger Rub)	Responds	No Response	Can't Evaluate			Bowel Sounds	Yes	No				
Left Hearing (Finger Rub)	Responds	No Response	Can't Evaluate			Hepatomegaly	No	Yes				
Right Ear Canal	Clear	Cerumen	Foreign Body			Splenomegaly	No	Yes				
Left Ear Canal	Clear	Cerumen	Foreign Body			Abdominal Tenderness	No	RUQ	RLQ	LUQ	LLQ	
Right Tympanic Membrane	Clear	Perforation	Infection	NA		Kidney Tenderness	No	Right	Left			
Left Tympanic Membrane	Clear	Perforation	Infection	NA		Right upper extremity reflex	Normal	Diminished	Hyperreflexia			
Oral Hygiene	Good	Fair	Poor			Left upper extremity reflex	Normal	Diminished	Hyperreflexia			
Thyroid Enlargement	No	Yes				Right lower extremity reflex	Normal	Diminished	Hyperreflexia			
Lymph Node Enlargement	No	Yes				Left lower extremity reflex	Normal	Diminished	Hyperreflexia			
Heart Murmur (supine)	No	1/6 or 2/6	3/6 or greater			Abnormal Gait	No	Yes, describe below				
Heart Murmur (upright)	No	1/6 or 2/6	3/6 or greater			Spasticity	No	Yes, describe below				
Heart Rhythm	Regular	Irregular				Tremor	No	Yes, describe below				
Lungs	Clear	Not clear				Neck & Back Mobility	Full	Not full, describe below				
Right Leg Edema	No	1+ 2+ 3+ 4+				Upper Extremity Mobility	Full	Not full, describe below				
Left Leg Edema	No	1+ 2+ 3+ 4+				Lower Extremity Mobility	Full	Not full, describe below				
Radial Pulse Symmetry	Yes	R>L	L>R			Upper Extremity Strength	Full	Not full, describe below				
Cyanosis	No	Yes, describe				Lower Extremity Strength	Full	Not full, describe below				
Clubbing	No	Yes, describe				Loss of Sensitivity	No	Yes, describe below				

SPINAL CORD COMPRESSION & ATLANTO-AXIAL INSTABILITY (AAI) (Select one)

Athlete shows **NO EVIDENCE** of neurological symptoms or physical findings associated with spinal cord compression or atlanto-axial instability. **OR**

Athlete has neurological symptoms or physical findings that could be associated with spinal cord compression or atlanto-axial instability and **must receive an additional neurological evaluation** to rule out additional risk of spinal cord injury prior to clearance for sports participation.

ATHLETE CLEARANCE TO PARTICIPATE (TO BE COMPLETED BY EXAMINER ONLY)

Licensed Medical Examiners: It is recommended that the examiner review items on the medical history with the athlete or their guardian, prior to performing the physical exam. If an athlete needs further medical evaluation please make a referral below and second physician for referral should complete page 4.

This athlete is **ABLE** to participate in Special Olympics sports without restrictions.

This athlete is **ABLE** to participate in Special Olympics sports **WITH** restrictions. Describe → _____

This athlete **MAY NOT participate** in Special Olympics sports at this time & **MUST** be further evaluated by a physician for the following concerns:

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---|
| Concerning Cardiac Exam | Acute Infection | O ₂ Saturation Less than 90% on Room Air |
| Concerning Neurological Exam | Stage II Hypertension or Greater | Hepatomegaly or Splenomegaly |
| Other, please describe: | | |

Additional Licensed Examiner's Notes and Recommended (but not required) Follow-up:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Follow up with a cardiologist | Follow up with a neurologist | Follow up with a primary care physician |
| Follow up with a vision specialist | Follow up with a hearing specialist | Follow up with a dentist or dental hygienist |
| Follow up with a podiatrist | Follow up with a physical therapist | Follow up with a nutritionist |

Other/Exam Notes:

		Name:	
		E-mail:	
Signature of Licensed Medical Examiner	Exam Date	Phone:	License #:

Athlete Medical Form – MEDICAL REFERRAL FORM

(To be completed by a Licensed Medical Professional only if referral is needed)



Athlete's First and Last Name: _____

This page only needs to be completed and signed if the physician on page three does not clear the athlete and indicates further evaluation is required.

Athlete should bring the previously completed pages to the appointment with the specialist.

Examiner's Name: _____

Specialty: _____

I have been asked to perform an additional athlete exam for the following medical concern(s) - *Please describe:*

Concerning Cardiac Exam Acute Infection O₂ Saturation Less than 90% on Room Air

Concerning Neurological Exam Stage II Hypertension or Greater Hepatomegaly or Splenomegaly

Other, please describe:

In my professional opinion, this athlete MAY now participate in Special Olympics sports (indicate restrictions or limitations below):		
Yes	Yes, but with restrictions (<i>list below</i>)	No

Additional Examiner Notes/Restrictions:

Examiner E-mail: _____

Examiner Phone: _____

License: _____

Examiner's Signature	Date
-----------------------------	-------------

This section to be completed by Special Olympics staff only, if applicable.

This medical exam was completed at a MedFest event?	Yes	No
The athlete is a Unified Partner or a Young Athlete Participant?	Unified Partner	Young Athlete