



## Formulario de admisión de clasificación en ParaArquería (\*)

(\*) *Formulario traducido NO oficial, el formulario aceptado por WA corresponde al texto en inglés y debe ser completado electrónicamente también en idioma inglés. Ésta es una traducción sólo para fines prácticos. El formulario oficial WA se encuentra al final de la misma.*

Traducción al castellano por parte del Dr. Claudio C. Varisco. **Comité Médico FATARCO**

### Este formulario consta de tres partes.

La primera parte es un formulario de solicitud que debe ser completado y firmado por el representante de la Federación Nacional.

La segunda parte es el formulario de consentimiento que debe ser firmado por el atleta para permitir que los Clasificadores recopilen sus datos personales.

La tercera parte es el formulario de admisión médica que proporciona evidencia de la condición de salud relativa y debe ser completado por un médico familiarizado con la condición médica, enfermedad o lesión del solicitante, y que firmará el documento completo y proporcionará la información a la Sociedad médica nacional o Comisión de procedimiento, para fines de verificación.

Todas las partes deben completarse electrónicamente en el *idioma inglés* y recibidas por World Archery ([classification@archery.org](mailto:classification@archery.org)) 30 días antes de la clasificación. Si el formulario ha sido traducido al inglés por un traductor oficial, la traducción debe ser firmada por el médico, lo que confirma la exactitud de la traducción.

Como esta forma representa el primer paso en el proceso de clasificación, la información proporcionada debe ser honesta, precisa y verificable. La finalización satisfactoria de este formulario no indica que se realizará una clasificación. Más bien, proporciona una base concisa de discusión entre el solicitante y el equipo de clasificación con respecto al potencial del solicitante para ser clasificado con éxito como un competidor de para-arquería. Si el formulario no se ha completado en las tres partes, se devolverá a la Organización Nacional.

El formulario completado debe presentarse menos de tres meses antes de la programación de clasificación, pero debe recibirse al menos 30 días antes de las sesiones de clasificación.

La información proporcionada en este formulario es esencial para verificar que la condición médica, enfermedad o lesión que el solicitante ha sufrido, tenga un claro impacto en su capacidad para funcionar en el deporte del tiro con arco.

**Imagen de retrato electrónica (tipo de pasaporte, JPG) se requiere junto con este formulario como un adjunto separado.**

Evento \_\_\_\_\_

**Detalles del arquero:** El arquero debe traer consigo evidencia de su condición médica en inglés y pasaporte. El arquero debe traer todos los equipos especiales y dispositivos de asistencia a la cita de clasificación.

Apellido \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Pais \_\_\_\_\_

**Tipo de solicitud** (cruzar sólo un tipo de solicitud):

-nueva clasificación

-revisión con la fecha fija

-reclasificación

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Firma del representante de la Federación Nacional \_\_\_\_\_

Sello de la Federación Nacional:

## Formulario de consentimiento

### **El arquero se compromete a cooperar plenamente con la clasificación:**

- Respondiendo completamente todas las preguntas con la verdad.
- Intentando todas las pruebas físicas lo mejor que pueda.

Nota: Los atletas que no cooperen completamente como se indicó anteriormente pueden ser descalificados de la competencia.

Al aceptar ser clasificado, el arquero debe comprender que algunas de las pruebas desafortunadamente pueden causar dolor. Lamentamos esto, pero es inevitable.

### **Consentimiento y Declaración del Atleta**

No tengo problemas de salud que me impidan realizar las pruebas que me piden.

Estoy de acuerdo en que si sufro una lesión durante el procedimiento de clasificación, me quedo en perfecto para el tiro con arco.

Mi participación en el procedimiento de clasificación es voluntaria y tengo derecho a retirarme en cualquier momento. Si me retiro, entiendo que la clasificación no puede llevarse a cabo y que no podré competir en las competiciones de paraarchery.

*Para ayudar a World Archery a desarrollar el sistema de clasificación, también doy mi consentimiento para permitir que los datos recopilados durante mi clasificación se utilicen con fines educativos y de investigación. Esto incluye cualquier fotografía o video tomado durante el componente de evaluación de campo de clasificación y / o entrenamiento y competencia. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.*

Firma del Arquero: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

## Información Médica del Formulario de Admisión de Clasificación en ParaArquería

### Información del solicitante

*Este formulario debe completarse electrónicamente (no se aceptan formularios escritos a mano)*

Apellido y Nombres (según pasaporte)	
Fecha y Lugar de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Cuerpo directivo nacional (Asociación miembro)	
<b><i>Esta parte se llena sólo si se solicita la reclasificación</i></b>  Motivo de la solicitud de reclasificación (explicar el cambio de elección según la clasificación anterior)	
Diagnóstico Primario (la principal afección médica, enfermedad o lesión que afecta la capacidad del solicitante para practicar el deporte del tiro con arco)	
Fecha del Diagnóstico (DD/MM/AAAA)	
Limitaciones y/o deficiencias funcionales significativas asociadas con el diagnóstico primario.	
Resumen de Pruebas Especiales que confirman el Diagnóstico Primario (puede incluir información proporcionada por rayos X, Imágenes de Resonancia Magnética, Electromiografía de Diagnóstico u otras pruebas consideradas apropiadas por un médico tratante)	

Diagnóstico secundario (una afección médica secundaria, enfermedad o lesión que cuando se combina con el diagnóstico médico primario afecta la capacidad del solicitante para practicar el deporte del tiro con arco)	
Fecha del Diagnóstico (DD/MM/AAAA)	
Limitaciones funcionales importantes y/o deficiencias asociadas con el diagnóstico secundario.	
Resumen de Pruebas Especiales que confirman el Diagnóstico Primario (puede incluir información proporcionada por rayos X, Imágenes de Resonancia Magnética, Electromiografía de Diagnóstico u otras pruebas consideradas apropiadas por un médico tratante)	
Cualquier otra afección médica, enfermedad, lesión o circunstancia extenuante que pueda afectar la capacidad del solicitante para practicar el deporte del tiro con arco.	

## Información Médica del Formulario de Admisión de Clasificación en ParaArquería

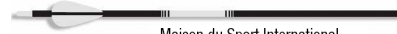
### Información del médico

Apellido y Nombres	
Firma	
Sociedad Nacional de Medicina o Comisión Nacional de Procedimiento del Médico.	
Número de matrícula del Médico / No aplica	

Traducción al castellano por parte del Dr. Claudio C. Varisco. **Comité Médico FATARCO**

***A continuación: Formulario oficial World Archery en idioma inglés.***

**SOLICITAR AL COMITÉ MÉDICO FATARCO EL WORD ORIGINAL PARA SU USO**



## ParaArchery Classification Intake Form

**This form consists of three parts.**

The first part is a request form which needs to be completed and signed by the National Federation representative.

The second part is the consent form which must be signed by the athlete to allow the Classifiers to collect their personal data.

The third part is the Medical Intake form that provides evidence of the relative health condition and needs to be completed by a physician familiar with the applicant's medical condition, disease, or injury and who must sign the completed document and provide national medical society or board of practice information for verification purposes.

All parts must be completed electronically in the *English language* and received by World Archery ([classification@archery.org](mailto:classification@archery.org)) 30 days prior to the classification. If the form has been translated into English by an official translator, the translation must be signed by the physician confirming accuracy of translation.

As this form represents the first step in the classification process, the information provided must be honest, accurate, and verifiable. Successful completion of this form does not indicate that a classification will be performed. Rather, it provides a concise basis of discussion between the applicant and classification team regarding the applicant's potential for being successfully classified as a paraarchery competitor. If the form has not been completed in all three parts, it will be returned to the National Organisation.

The completed form must be submitted less than three months prior to classification scheduling, but must be received at least 30 days ahead of the classification sessions.

The information provided on this form is essential to verify that the medical condition, disease, or injury that the applicant has sustained, has a clear impact on their ability to function in the sport of archery.

**Electronic portrait picture (passport type, JPG) is required together with this form as a separate attachment.**

Event \_\_\_\_\_

**Archer Details: The archer must bring with them evidence of their medical condition in English & Passport. The archer must bring all special equipment & assistive devices to the classification appointment.**

Family Name \_\_\_\_\_

Given Name \_\_\_\_\_

Date of birth (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_\_

Country \_\_\_\_\_

**Type of request** (cross only one type of request):

**new classification**    **review with the fixed date**    **reclassification**

Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

Signature of National Federation representative \_\_\_\_\_

Stamp of National Federation



## Consent Form

### **The archer agrees to cooperate fully with the classification:**

- By fully answering all questions truthfully.
- Attempting all physical tests to the best of their ability.

Note: Athletes who do not cooperate fully as stated above may be disqualified from the competition.

In agreeing to be classified, the archer must understand that some of the tests may unfortunately cause pain. We are sorry for this, but it is unavoidable.

### **Consent and Athlete Declaration**

I have no health problems which would stop me undertaking the tests ask of me.

I agree that if I sustain an injury during the classification procedure I hold paraarchery blameless.

My participation in the classification procedure is voluntary and I have the right to withdraw at any time. If I withdraw I understand that classification cannot take place and I will not be able to compete in paraarchery competitions.

*To assist World Archery in developing the classification system, I also give my consent to allow data collected during my classification to be used for research and educational purposes. This includes any photographs or videos taken during the field evaluation component of classification and/or training and competition. I understand that I may withdraw this consent at any time.*

Archer's signature: \_\_\_\_\_

Place and data: \_\_\_\_\_



## ParaArchery Classification Medical Information Intake Form

### Applicant Information

*This form needs to be completed electronically (hand written forms not accepted)*

Family name and Given name(as passport)	
Date & Place of Birth (DD/MM/YYYY)	
National Governing Body(Member Association)	
<b><i>This part is filled only if reclassification is requested</i></b> Reason of the reclassification request ( <i>explain the change of the eligibility according to previous classification</i> )	
Primary Diagnosis (the major medical condition, disease or injury that impacts the applicant's ability to perform the sport of archery)	
Date of diagnosis (DD/MM/YYYY)	
Significant functional limitations and/or impairments associated with the Primary Diagnosis	
Summary of Special Tests that confirm the Primary Diagnosis (may include information provided by X-rays, Magnetic Resonance Images, Diagnostic Electromyography, or other tests deemed appropriate by a treating physician)	





<p>Secondary Diagnosis (a secondary medical condition, disease, or injury that when combined with the primary medical diagnosis impacts the applicant's ability to perform the sport of archery)</p>	
<p>Date of diagnosis (DD/MM/YYYY)</p>	
<p>Significant functional limitations and/or impairments associated with the Secondary Diagnosis</p>	
<p>Summary of Special Tests that confirm the Secondary Diagnosis (may include information provided by X-rays, Magnetic Resonance Images, Diagnostic Electromyography, or other tests deemed appropriate by a treating physician)</p>	
<p>Any other medical conditions, diseases, injuries, or extenuating circumstances that may impact the applicant's ability to perform the sport of archery</p>	



## ParaArchery Classification Medical Information Intake Form

### Physician Information

Surname, First name	
Signature	
Physician National Medical Society or National Board of Practice	
Physician registration Number / Not applicable	