



## Clasificación en ParaArquería (\*)

(\*) Formulario traducido NO oficial, el formulario aceptado por WA corresponde al texto en inglés y debe ser completado 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

### Formulario de diagnóstico médico (Atletas con discapacidad visual)

Este formulario debe ser completado en inglés por un oftalmólogo registrado (o equivalente). Debe adjuntarse toda la documentación médica requerida en las páginas 3-4. Este formulario y la documentación médica adjunta no deben tener más de 12 meses al momento de la Evaluación del Atleta.

Como este formulario representa el primer paso en el proceso de clasificación, la información proporcionada debe ser honesta, precisa y verificable. El llenado satisfactorio de este formulario no indica que se ha realizado una clasificación. Más bien, proporciona una base concisa de discusión entre el solicitante y el equipo de clasificación sobre el potencial del solicitante para ser clasificado con éxito como un competidor de para-arquería.

El formulario completado debe presentarse menos de un año antes de la programación de la clasificación.

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

### Información del Atleta

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Género:      Femenino       Masculino       Fecha de  
Nacimiento: \_\_\_\_\_

Deporte: \_\_\_\_\_ WORLD  
ARCHERY

País: \_\_\_\_\_ Licencia N° \_\_\_\_\_

### Información Médica

#### Diagnóstico:

#### Historial médico:

Edad de inicio: \_\_\_\_\_

Procedimientos previstos a futuro: \_\_\_\_\_

Atleta usa anteojos:       si       no

Corrección:

Derecho: \_\_\_\_\_

Izquierdo: \_\_\_\_\_

Atleta usa lentes de contacto:       si       no

Corrección:

Derecho: \_\_\_\_\_

Izquierdo: \_\_\_\_\_

Atleta usa prótesis:       derecho       izquierdo

**Medicación:**

Medicamentos para los ojos utilizados por el atleta:	
Alergias oculares a medicamentos:	

**Evaluación de agudeza visual y campo visual****Agudeza Visual**

	Ojo derecho	Ojo izquierdo
Con corrección		
Sin Corrección		

Tipo de corrección:

Método de Medición:

**Campo Visual:**

En grados (radio)	Ojo derecho	Ojo izquierdo

**Documentación adjunta al Formulario de diagnóstico médico****1. Prueba de campo visual**

Para todos los atletas con un campo visual restringido, se debe adjuntar una prueba de campo visual a este formulario.

El campo visual del atleta debe probarse mediante una prueba de campo completo (120 grados) y una prueba de campo central de 30 grados, 24 grados o 10 grados, dependiendo de la patología. Uno de los siguientes perímetros debe usarse para la evaluación: Perimetria de Goldmann (Intensidad III/4), Analizador de Campo Humphrey u Octopus (Interzeag).

**2. Documentación médica adicional**

Por favor, especifique cual condición ocular afecta al atleta.

Condición ocular	Documentación médica adicional requerida (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Enfermedad anterior	Ninguna
<input type="checkbox"/> Enfermedad macular	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) -Macular-</li> <li>▪ Multifocal y/o Patrón ERG*</li> <li>▪ VEP*</li> <li>▪ Patrón de aspecto VEP*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina periférica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ERG de campo completo*</li> <li>▪ Patrón ERG*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Enfermedad del nervio óptico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomografía de Coherencia Óptica (OCT)</li> <li>▪ Patrón ERG*</li> <li>▪ Patrón VEP*</li> <li>▪ Pattern de aspecto VEP*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica/cortical	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patrón VEP*</li> <li>▪ Patrón ERG*</li> <li>▪ Patrón de aspecto VEP*</li> </ul>

**Los signos oculares deben corresponder al diagnóstico y grado de pérdida de visión. Si la condición ocular es obvia y visible y explica la pérdida de la visión, no se requiere documentación médica adicional. De lo contrario, la documentación médica adicional indicada en la tabla anterior debe adjuntarse a este formulario. Si la documentación médica está incompleta, los clasificadores no podrán asignar una clase deportiva.**

**\* Notas sobre evaluaciones electrofisiológicas (VEPs y ERGs):**

Cuando existe una discrepancia o una posible discrepancia entre el grado de pérdida visual y la evidencia visible de enfermedad ocular, el uso de electrofisiología visual suele ser útil para demostrar el grado de deterioro.

Los datos enviados deben incluir el informe del laboratorio que realiza las pruebas, copias de los datos originales, el rango de datos normativos para ese laboratorio y una declaración que especifique el equipo utilizado y su estado de calibración. Las pruebas deben realizarse como mínimo según los estándares establecidos por la Sociedad Internacional de Electrofisiología de la Visión (International Society for Electrophysiology of Vision: ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

Un Electrorretinograma de campo completo (ERG) prueba la función de toda la retina en respuesta a breves destellos de luz, y puede separar la función de los sistemas mediados por bastones o conos. Sin embargo, no da ninguna indicación de la función macular.

- Un Patrón ERG prueba la función de la retina central, impulsada por los conos maculares, pero en gran parte originada en las células ganglionares de la retina.
- Un ERG Multifocal prueba el área central (aproximadamente 50 grados de diámetro) y produce una representación topográfica de la actividad de la retina central.

Un Potencial Visual Evocado cortical (VEP) registra la señal producida en la corteza visual primaria (V1), en respuesta a un patrón de estímulo o pulso de luz. Un VEP ausente o anormal no es en sí mismo evidencia de problemas específicos del nervio óptico o de la corteza visual a menos que se haya demostrado la función normal de la retina central.

- Un Patrón de aspecto VEP es una versión especializada del VEP que se utiliza para establecer un umbral visual, que puede ser usado para demostrar objetivamente la capacidad visual a nivel de la corteza visual primaria.

**Confirmo que la información anterior es precisa y certifico que no hay ninguna contraindicación para que este atleta participe en deporte a nivel competitivo**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Especialidad Médica: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma/Sello: \_\_\_\_\_

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

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



**Para-Archery Classification**  
**Medical Diagnostics Form**  
**(Athletes with Visual Impairment)**

WORLD ARCHERY  
FEDERATION  
FÉDÉRATION  
MONDIALE  
DE TIR À L'ARC



Maison du Sport International  
Avenue de Rhodanie 54  
1007 Lausanne, Switzerland  
Phone: +41 (0)21 614 30 50  
Fax: +41 (0)21 614 30 55  
E-mail: info@archery.org  
www.archery.org

This form must be completed in English by a registered ophthalmologist (or equivalent). All medical documentation required on pages 3-4 must be attached. This form and the attached medical documentation must not be older than 12 months at the time of the Athlete Evaluation.

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 para-archery competitor.

The completed form must be submitted less than one year prior to classification scheduling.

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.

### Athlete Information

Last name: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_

Gender:      Female       Male       Date of Birth: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

WORLD

ARCHERY

License No. \_\_\_\_\_

Country: \_\_\_\_\_

### Medical Information

#### Diagnosis:

#### Medical history:

Age at onset: \_\_\_\_\_

Anticipated future  
procedure(s): \_\_\_\_\_

Athlete wears glasses:     yes     no

Correction:

Right:

Left:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Athlete wears contact  
lenses:     yes     no

Correction:

Right:

Left:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Athlete wears eye  
prosthesis:     right     left

**Medication:**

Eye medications used by the athlete:	
Ocular drug allergies:	

**Assessment of Visual Acuity and Visual Field****Visual Acuity**

	Right eye	Left eye
With correction		
Without Correction		

Type of correction:

Measurement Method:

---

**Visual Field:**

In degrees (radius)	Right eye	Left eye

**Attachments to the Medical Diagnostic Form****3. Visual field test**

For all athletes with a restricted visual field a visual field test must be attached to this form.

The athlete's visual field must be tested by full-field test (120 degrees) and a 30 degrees, 24 degrees or 10 degrees central field test, depending on the pathology. One of the following perimeters should be used for the assessment: Goldmann Perimetry (Intensity III/4), Humphrey Field Analyzer or Octopus (Interzeag).**4. Additional medical documentation**

Please specify which eye condition the athlete is affected by.

Eye condition	Additional medical documentation required (see below)
<input type="checkbox"/> Anterior disease	None
<input type="checkbox"/> Macular disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Macular OCT</li> <li>▪ Multifocal and/or pattern ERG*</li> <li>▪ VEP*</li> <li>▪ Pattern appearance VEP*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Peripheral retina disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Full field ERG*</li> <li>▪ Pattern ERG*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Optic Nerve disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OCT</li> <li>▪ Pattern ERG*</li> <li>▪ Pattern VEP*</li> <li>▪ Pattern appearance VEP*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Cortical / Neurological disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pattern VEP*</li> <li>▪ Pattern ERG*</li> <li>▪ Pattern appearance VEP*</li> </ul>

**The ocular signs must correspond to the diagnosis and degree of vision loss. If eye condition is obvious and visible and explains the loss of vision, no additional medical documentation is required. Otherwise the additional medical documentation indicated in the above table must be attached to this form. If the medical documentation is incomplete, the classifiers will not be able to allocate a sport class.**

**\* Notes on electrophysiological assessments (VEPs and ERGs):**

Where there is discrepancy or a possible discrepancy between the degree of visual loss, and the visible evidence of ocular disease the use of visual electrophysiology is often helpful in demonstrating the degree of impairment.

Submitted data should include the report from the laboratory performing the tests, copies of the original data, the normative data range for that laboratory, and a statement specifying of the equipment used, and its calibration status. The tests should be performed as a minimum to the standards laid down by the International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

A Full Field Electroretinogram (ERG) tests the function of the whole retina in response to brief flashes of light, and can separate function from either the rod or cone mediated systems. It does not however give any indication of macular function.

- A Pattern ERG tests the central retinal function, driven by the macular cones but largely originating in the retinal ganglion cells.
- A Multifocal ERG tests the central area (approx. 50 degrees diameter) and produces a topographical representation of central retinal activity.

A Visual evoked cortical potential (VEP) records the signal from produced in the primary visual cortex, (V1), in response to either a pattern stimulus or pulse of light. An absent or abnormal VEP is not in itself evidence of specific optic nerve or visual cortex problems unless normal central retinal function has been demonstrated.

- A Pattern appearance VEP is specialised version of the VEP used to establish visual threshold which can be used to objectively demonstrate visual ability to the level of the primary visual cortex.

**I confirm that the above information is accurate, and I certify that there is no contra-indication for this athlete to participate in sport at a competitive level**

Name: \_\_\_\_\_

Medical Specialty: \_\_\_\_\_

Registration Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature/Stamp: \_\_\_\_\_