



## Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)

*Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar la solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas, lo cual demorará la certificación. Cualquier omisión, imprecisión o falta de declaraciones completas en una solicitud o documentación de respaldo podría considerarse razón suficiente para negar una licencia o, si se emite una licencia, esto podría resultar en la suspensión o revocación de la licencia.*

### ¿Cuál es la tasa y el plazo para una licencia de árbitro, juez y cronometrador de boxeo profesional?

La tarifa para una licencia de árbitro y juez de boxeo es de \$50.00. La tasa para una licencia de cronometrador de boxeo es de \$10.00. Una licencia de árbitro, juez y cronometrador de boxeo es válida hasta el 30 de septiembre después de la fecha de emisión de dicha licencia.

### ¿Cuál es la tasa y el plazo para una licencia de árbitro, juez y cronometrador profesional de artes marciales mixtas?

La tarifa para una licencia de árbitro y juez de artes marciales mixtas es de \$100.00. La tarifa para una licencia de cronometrador de artes marciales mixtas es de \$40.00. Una licencia de árbitro, juez y cronometrador de artes marciales mixtas es válida por un año a partir de la fecha de emisión de dicha licencia.

### ¿Cuándo puedo solicitar una licencia original?

Usted puede solicitar una licencia original en cualquier momento. Sin embargo, si planea participar en un evento programado, se le recomienda que presente la solicitud de licencia y la documentación requerida dos semanas antes del evento para permitir un tiempo de procesamiento adecuado.

### ¿Cuándo debo renovar la licencia?

Usted puede renovar la licencia tres meses antes y hasta tres años después de la fecha de vencimiento de la licencia. Si usted no renueva la licencia dentro de la fecha límite de tres años, deberá presentar una solicitud para obtener una licencia original con la documentación requerida.

### ¿Se me deben tomar las huellas digitales?

No, la toma de huellas digitales no es necesaria.

### ¿Por qué debo proporcionar mi dirección de correo electrónico?

Usted recibirá la licencia y cualquier correspondencia relacionada con la licencia o solicitud por correo electrónico. Si usted cambia dicha dirección, presente una solicitud de enmienda en esta oficina con la nueva dirección de correo electrónico.

### ¿Cuáles son los requisitos de experiencia para una nueva licencia de árbitro, juez o cronometrador de deportes de combate?

Los solicitantes de una nueva licencia de cronometrador deben demostrar competencia en el cronometraje de un deporte de combate amateur o profesional en un evento oficial o tener un certificado de finalización de curso de capacitación de cronometrador aprobado por la Asociación de Comisiones de Boxeo (Association of Boxing Commissions, ABC). Los solicitantes de una **nueva licencia de árbitro o juez de boxeo deben contar con un mínimo de 400 rondas de experiencia y los solicitantes de una nueva licencia de árbitro o juez de artes marciales mixtas deben contar con un mínimo de 200 rondas de experiencia** en cualquier combinación de combates amateur o profesionales que cuenten con aprobación oficial. Los solicitantes de una nueva licencia de árbitro y juez también deben contar con un certificado de finalización de curso de capacitación de árbitro o juez aprobado por la ABC. Para demostrar su experiencia, debe presentar al menos una carta de referencia de

cada organismo regulador amateur o comisión atlética que supervise los eventos.

### ¿Debo aprobar un examen o ser entrevistado por la Comisión Atlética del Estado de Nueva York (New York State Athletic Commission) para obtener la licencia?

Se le podría solicitar que apruebe un examen o que asista a una entrevista realizada por representantes de la Comisión Atlética del Estado de Nueva York con base en la experiencia que usted declare.

### ¿Qué exámenes médicos se requieren para obtener la licencia?

No presente resultados de exámenes médicos que no sean necesarios. Los siguientes resultados de exámenes médicos con las fechas correspondientes son los necesarios:

- Registro de antecedentes y exámenes físicos completos para obtener una licencia de juez o árbitro realizados no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de juez y árbitro);
- Un examen de dilatación ocular realizado por un oftalmólogo u optometrista no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de juez y árbitro);
- ECG de 12 derivaciones realizado no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de árbitro);
- Análisis del antígeno de superficie de la hepatitis B realizada no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de árbitro);
- Análisis de anticuerpos de la hepatitis C realizado no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de árbitro);
- Prueba del VIH realizada no más de 1 año antes (para solicitantes de licencia de árbitro).

### ¿Qué documentación prueba mi capacitación y experiencia como árbitro, juez o cronometrador?

- Una carta de referencia de organismos reguladores y comisiones atléticas amateur que supervisen los eventos en los que obtuvo la experiencia;
- Certificados de finalización del curso de capacitación de árbitro, juez o cronometrador aprobados por la Asociación de Comisiones de Boxeo (Association of Boxing Commissions);
- Currículum de deportes de combate y una lista de referencias;
- Certificado de finalización de seminario neurológico o prueba de experiencia o capacitación en el reconocimiento de síntomas neurológicos nocivos (para solicitantes de licencia de árbitro).

### ¿Qué documentos debo presentar junto con la solicitud?

- Copia de una identificación con foto vigente emitida por el gobierno;
- Documentación que respalde sus respuestas "afirmativas" en las secciones de "Antecedentes" e "Información Financiera" de esta solicitud;
- Prueba de su capacitación y experiencia;
- Currículum de deportes de combate y una lista de referencias;
- Formulario de Divulgación de Información Médica (para solicitantes de licencia de árbitro y juez); copia de una identificación con foto vigente emitida por el gobierno;
- Formulario de Divulgación conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (para solicitantes de licencia de árbitro y juez);
- Tarifa de solicitud de licencia de árbitro o juez de boxeo de \$50.00;
- Tarifa de solicitud de licencia de cronometrador de boxeo de \$10.00;
- Tarifa de solicitud de licencia de árbitro o juez de artes marciales mixtas de \$100.00;
- Tarifa de solicitud de licencia de cronometrador de artes marciales mixtas de \$40.00.

## **Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)**

### **¿Qué es un currículum de deportes de combate?**

Es un currículum que resume sus calificaciones y experiencia relevantes para licencias de boxeo o artes marciales mixtas y experiencia, educación o capacitación y licencias o certificaciones.

### **¿Qué formas de pago se aceptan?**

Puede pagar con cheque o giro postal pagadero al Departamento de Estado (Department of State). No envíe dinero en efectivo. **Las tarifas de solicitud no son reembolsables.** Se le cobrará un cargo de \$20 por cada cheque devuelto por su banco.

### **¿Cómo presento la solicitud y la documentación de respaldo a la Comisión Atlética del Estado (State Athletic Commission)?**

Correspondencia a: New York State, Department of State  
State Athletic Commission  
P.O. Box 22090  
Albany, NY 12201-2001

### **Sección de la solicitud de declaración de manutención de menores**

La Declaración de Manutención de Menores es obligatoria en el estado de Nueva York (Ley General de Obligaciones) independientemente de si tiene hijos o una obligación de manutención.

### **Cualquier persona con cuatro meses o más de atraso en el pago de manutención de menores podría estar sujeta a la suspensión de su licencia comercial, profesional o de conducir.**

La presentación intencional de una declaración por escrito falsa con el propósito de frustrar o anular el cumplimiento legal de las obligaciones de manutención se castigará de acuerdo con el Artículo 175.35 del Derecho Penal. Ofrecer un documento falso para su presentación ante un gobierno estatal o local con la intención de cometer fraude es un delito grave de clase E.

### **NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD**

#### **¿Es necesario que proporcione mi número de Seguro Social en la solicitud?**

Sí. La Comisión Atlética del Estado está obligada a recolectar los números de Seguro Social de todos los licenciarios. La autoridad para solicitar y archivar dicha información personal se encuentra en el Artículo 5 de la Ley Tributaria y en el Artículo 3-503 de la Ley General de Obligaciones. La divulgación por parte suya es obligatoria. La información se recopila para permitir al Departamento de Impuestos y Finanzas (Department of Taxation and Finance) la identificación de personas individuales, negocios y otros que hayan infringido la ley al presentar declaraciones de impuestos o que hayan subdeclarado sus responsabilidades tributarias, y para identificar en general a personas afectadas por los impuestos administrados por el Comisionado de Impuestos y Finanzas (Commissioner of Taxation and Finance). Esta se utilizará con propósitos administrativos tributarios y para cualquier otro propósito autorizado por la Ley Tributaria y también la pueden utilizar las agencias encargadas de la aplicación de la ley en casos de manutención de menores o sus representantes autorizados en este u otros estados, de conformidad con el Título IV-D de la Ley del Seguro Social, para establecer, modificar o hacer que se cumpla una orden de manutención, pero no estará disponible para el público. Se requiere una explicación por escrito cuando no se proporcione un número. La autoridad para solicitar esta información también la provee el Título 19 de los Códigos, Reglas y Reglamentos del Estado de Nueva York (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR), Sección 207.5(a)(1). Esta información se conservará en el Sistema de Información de Licencias por parte de la Comisión en 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

**TENGA EN CUENTA QUE PRESENTAR ESTA SOLICITUD NO GARANTIZA QUE SEA ASIGNADO PARA OFICIAR EN UN EVENTO DE DEPORTES DE COMBATE PROFESIONAL.**



**Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)**

Lea las instrucciones antes de completar esta solicitud. Debe anotar las respuestas en tinta. Un \* requiere una respuesta.

Para solicitar más de una licencia, presente una solicitud, la tarifa y la documentación requerida para cada licencia por separado.

\*Seleccione el tipo de licencia (marque solo una):  
 **Árbitro de boxeo (\$50.00)**       **Juez de boxeo (\$50.00)**       **Cronometrador de boxeo (\$10.00)**  
 **Árbitro de artes marciales mixtas (\$100.00)**       **Juez de artes marciales mixtas (\$100.00)**       **Cronometrador de artes marciales mixtas (\$40.00)**

\*¿Está solicitando una nueva licencia, la renovación de una licencia o desea enmendar/modificar información en su expediente? (Marque solo una)     **Nueva (consultar la tasa arriba)**     **Renovación (consultar la tasa arriba)**     **Enmienda (sin tasa)**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

*Nombre		*Apellido		Inicial del segundo nombre	Sufijo
*Dirección 1			Dirección 2		
*Ciudad	*Estado de EE. UU. o provincia canadiense			*Código postal	
Condado (si es residente del estado de Nueva York)	*País	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		*Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
*¿ Tiene número de Seguro Social (Social Security Number, SSN)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si su respuesta es "SÍ", indique su número de Seguro Social:					
*Número de teléfono - Hogar	Celular	Laboral		*Dirección de correo electrónico	

Adjunto una copia de una identificación con foto vigente emitida por el gobierno.

**ANTECEDENTES**

1) \*¿ Actualmente tiene, o alguna vez tuvo, una licencia emitida por la Comisión Atlética del Estado de Nueva York (NYS Athletic Commission) o de alguna otra Comisión Atlética?

Sí     No    Si su respuesta es "SÍ", provea la siguiente información para cada licencia obtenida:

Tipo de licencia	Estado de emisión (solo para EE. UU.)	País de emisión	Número de licencia	Año de la licencia

2) \*¿ Alguna licencia o permiso emitido para usted o una compañía para la que es o fue director en Nueva York, o en cualquier otra parte, fue revocado, suspendido o denegado o alguna vez estuvo sujeto a alguna medida disciplinaria de otra naturaleza?

Sí     No    Si su respuesta es "SÍ", explique:

3) \*¿ Alguna vez fue procesado en Nueva York o en cualquier otra parte por algún delito penal menor o grave?

Sí     No    Si su respuesta es "SÍ", proporcione la siguiente información de cada condena:

Año de condena	Jurisdicción donde lo condenaron	Delito (crimen) por el que lo condenaron

**Si ha sido procesado, adjunte una copia del Certificado de Liberación de Incapacidades, Indulto Ejecutivo, Certificado de Buena Conducta u otra documentación de respaldo.**

**Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)**

4) \*¿Existe alguna acusación penal (delito mayor o menor) pendiente en su contra en algún tribunal de Nueva York o en cualquier otro lugar?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", provea la siguiente información para cada acusación:

Año de la acusación	Jurisdicción donde tuvo lugar la acusación	Delito (naturaleza de la acusación)	Estado actual de la acusación

5) \*¿Tiene alguna deuda relacionada con el juego?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", explique:

**CAPACITACIÓN Y EXPERIENCIA**

1) \*¿Tiene algún certificado de finalización de curso para un curso de capacitación de árbitro o juez reconocido y aprobado por la Asociación de Comisiones de Boxeo (Association of Boxing Commissions, ABC)?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", provea el nombre y la fecha de los tres cursos de capacitación más recientes completados:

Nombres de los seminarios	Fechas de los seminarios

**Adjunte una copia de los certificados de finalización de curso**

2) \*Describa su experiencia y calificaciones para la certificación. Si requiere más espacio, adjunte documentación adicional.

3) \*Enumere la cantidad de rondas de experiencia que ha obtenido en el deporte de combate y el tipo de licencia que está solicitando en eventos de boxeo o artes marciales mixtas **amateur y profesionales aprobados**. (La cantidad mínima de rondas de experiencia requeridas para que se considere otorgarle una licencia de árbitro o juez profesional de boxeo es 400 y de árbitro o juez profesional de artes marciales mixtas es 200).

Rondas profesionales aprobadas			Rondas amateur aprobadas		
Deporte de combate	Rondas de juez	Rondas de árbitro	Deporte de combate	Rondas de juez	Rondas de árbitro
Boxeo			Boxeo		
Artes marciales mixtas			Artes marciales mixtas		

**Adjunte al menos una carta de referencia de un organismo regulador amateur que haya supervisado los eventos en los que usted obtuvo su experiencia amateur, y al menos una carta de referencia de una comisión atlética que haya supervisado los eventos en los cuales usted obtuvo su experiencia profesional.**

4) \*¿Asistió a algún seminario neurológico realizado por algún médico designado por la Comisión Atlética del Estado de Nueva York o tiene experiencia/capacitación en el reconocimiento de síntomas neurológicos nocivos en boxeadores o deportista en artes marciales? (para solicitantes de licencia de árbitro)

Sí  No Si su respuesta es "Sí", provea el nombre y la fecha de los tres seminarios más recientes finalizados:

Nombres de los seminarios	Fechas de los seminarios

Enumere la experiencia y capacitación adicional en el reconocimiento de síntomas neurológicos nocivos en boxeadores y deportistas en artes marciales.

**Adjunte los certificados de finalización de curso y cualquier otra prueba de experiencia y capacitación.**

5) \*¿Está relacionado o tiene alguna relación personal con boxeadores profesionales, deportistas en artes marciales, representantes, segundos profesionales, entrenadores, promotores, intermediarios o empleados de alguna persona física/jurídica u organismo regulador, o con empleados de la Comisión Atlética del Estado de Nueva York?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", indique los nombres:

Nombres y apellidos

**Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)**

6) \*Presente una copia de su currículum de deportes de combate y una lista de referencias. Incluya los números de teléfono durante el día y las direcciones de correo electrónico de cada referencia.

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

1) \*¿Tiene un interés financiero en algún boxeador profesional, deportista de artes marciales, representante, segundo profesional, entrenador, promotor, intermediario o en cualquier empleado de alguna persona física/jurídica u organismo regulador?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", provea la siguiente información:

Nombres y apellidos	Descripción del interés financiero
---------------------	------------------------------------

2) \*¿Actualmente hay alguna sentencia final pendiente en su contra?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

3) \*¿Adeuda algún impuesto no pago en alguna jurisdicción impositiva?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

4) \*¿Tiene alguna otra licencia o fianza de seguridad que haya sido suspendida o revocada y que no se haya restablecido?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

5) \*¿Es usted un deudor en un procedimiento de quiebra pendiente?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

6) \*¿Ha recibido una rehabilitación de la quiebra en los últimos 12 meses?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

7) \*¿Se le ha negado una rehabilitación de la quiebra en los últimos 36 meses?

Sí  No Si su respuesta es "Sí", proporcione una explicación:

--

**Adjunte cualquier documentación adicional que desee compartir.**

# Solicitud para obtener licencia oficial de deporte de combate profesional (licencia de árbitro, juez o cronometrador)

## INFORMACIÓN MÉDICA (para solicitantes de licencia de árbitro y juez)

(No presente resultados de pruebas médicas que no sean necesarios para la certificación).

- 1) Para que se le otorgue una licencia de juez o árbitro profesional de boxeo o artes marciales mixtas en Nueva York, usted debe presentar un examen oftalmológico realizado por un oftalmólogo u optometrista con licencia. Dicho examen debe haberse realizado no más de 1 año antes de la fecha de la licencia.  
 Adjunto una copia de mi examen oftalmológico con dilatación.
- 2) Para que se le otorgue una licencia de árbitro profesional de boxeo o artes marciales mixtas en Nueva York, usted debe presentar un electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG).  
 Adjunto una copia de mi electrocardiograma.
- 3) Para que se le otorgue una licencia de juez o árbitro profesional de boxeo o artes marciales mixtas en Nueva York, usted debe presentar un examen físico realizado por un médico con licencia. Usted y su médico deben completar un Registro de antecedentes y exámenes físicos de la Comisión Atlética del Estado de Nueva York (NYSAC) para una licencia de juez o árbitro  
 Adjunto una copia de mi formulario de Registro de antecedentes y exámenes físicos.
- 4) Para que se le otorgue una licencia de árbitro profesional de boxeo o artes marciales mixtas en Nueva York, usted debe presentar los siguientes análisis de sangre. Dichos análisis deben haberse realizado no más de 1 año antes de la fecha de licencia.  
 Adjunto una copia de mi análisis de sangre del antígeno de superficie de la hepatitis B.  
 Adjunto una copia de mi análisis de sangre de anticuerpos de la hepatitis C.  
 Adjunto una copia de mi análisis de sangre del VIH.

## DECLARACIONES DE CONFIRMACIÓN

### 1) \*Declaración de manutención de menores:

Certifico que, a partir de la fecha de esta solicitud, no tengo obligación alguna de pagar manutención de menores o que, si tengo una obligación de pagar manutención de menores, no tengo una mora de cuatro meses o más en el pago de dicha manutención, o estoy haciendo pagos por embargo de ingresos o por medio de un plan de pagos o reembolsos acordado con el tribunal, o por medio de un plan acordado entre las partes, o que mi obligación de manutención de menores es el asunto de un proceso judicial pendiente, o que estoy recibiendo asistencia pública o ingresos de seguridad complementarios.

He leído y comprendo la Declaración de Manutención de Menores y por la presente certifico que me encuentro en cumplimiento.

### 2) \*Leyes, normas y políticas (disponibles en línea en [www.dos.ny.gov/athletic](http://www.dos.ny.gov/athletic)):

Entiendo, acepto y reconozco que soy responsable de cumplir con las leyes, las normas y las políticas del estado de Nueva York y de la Comisión de Atletismo del estado de Nueva York que correspondan a la disciplina de mi licencia.

### 3) \*Confirmación de la solicitud:

Yo, el abajo firmante, habiendo pagado la tarifa requerida, por la presente confirmo que la solicitud se encuentra en cumplimiento de las leyes del estado de Nueva York y que se encuentra sujeta a las normas y reglamentaciones de la Comisión Atlética del Estado de Nueva York. Entiendo que esta solicitud puede ser aprobada o rechazada por la Comisión Atlética del Estado del Departamento de Estado del Estado de Nueva York, y que la presentación de esta solicitud no otorga ningún derecho o privilegio de realizar las actividades para las que se requiere una licencia. Confirmo, bajo pena de falso testimonio, la veracidad de la información que contiene el presente documento. Entiendo y acepto que la presentación de información falsa en el presente documento podría ser pasible de sanciones civiles y penales. Entiendo y acepto además que enmendaré inmediatamente esta solicitud de licencia y presentaré la solicitud enmendada ante la Comisión Atlética del Estado del Departamento de Estado del Estado de Nueva York en caso de que cualquier información ingresada en la presente haya cambiado. Entiendo que ninguna licencia emitida en virtud de esta solicitud es transferible.

Nombre del solicitante en letra de imprenta

X

Firma del solicitante

Fecha

## Adjunte la siguiente documentación a su solicitud:

- Copia de una identificación con foto vigente emitida por el gobierno;
- Documentación que respalde sus respuestas en las secciones de "Antecedentes" e "Información Financiera" de esta solicitud;
- Cartas de referencia de organismos reguladores amateur y comisiones atléticas que comprueben su experiencia;
- Certificados de finalización de curso de capacitación de árbitro, juez o cronometrador aprobados por la Asociación de Comisiones de Boxeo (ABC);
- Certificados de finalización de seminarios neurológicos realizados por un médico designado por la Comisión Atlética del Estado de Nueva York u otra prueba de experiencia/capacitación en el reconocimiento de síntomas neurológicos nocivos en boxeadores o deportistas en marciales (para solicitantes de licencia de árbitro);
- Su currículum de deportes de combate y una lista de referencias con la información de contacto correspondiente;
- Registro de antecedentes y exámenes físicos (para solicitantes de licencia de juez y árbitro);
- Resultados de exámenes médicos con las fechas correspondientes (para solicitantes de licencia de árbitro y juez);
- Formulario de Divulgación de Información Médica (para solicitantes de licencia de árbitro y juez);
- Divulgación conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (para solicitantes de licencia de árbitro y juez);
- Tasa de solicitud de licencia de árbitro o juez de boxeo de \$50.00 (abonada mediante cheque o giro postal);
- Tasa de solicitud de licencia de cronometrador de boxeo de \$10.00 (abonada mediante cheque o giro postal);
- Tasa de solicitud de licencia de árbitro o juez de artes marciales mixtas de \$100.00 (abonada mediante cheque o giro postal);
- Tasa de solicitud de licencia de cronometrador de artes marciales mixtas de \$40.00 (abonada mediante cheque o giro postal).



---

## Divulgación de información médica

---

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A  
TODAS LAS COMISIONES MIEMBROS AFILIADAS A LA  
ASOCIACIÓN DE COMISIONES DE BOXEO (ASSOCIATION OF  
BOXING COMMISSIONS, ABC)**

Por la presente, autorizo a la Comisión Atlética del Estado de Nueva York (New York State Athletic Commission) a publicar, divulgar y proporcionar a cualquier otra comisión o programa afiliados a la Asociación de Comisiones de Boxeo (ABC), incluida la entidad encargada del registro oficial, todos mis registros médicos obtenidos por la Comisión Atlética del Estado de Nueva York con respecto a mi licencia como profesional del deporte de combate, lo que incluye, entre otros, los exámenes físicos anuales, los exámenes oftalmológicos, los exámenes neurológicos, los análisis negativos de VIH, del virus de la hepatitis B y de la hepatitis C, pruebas antidopaje, expedientes médicos y cualquier otra información relacionada con la idoneidad de mi licencia como profesional del deporte de combate (incluido el historial, los resultados, el diagnóstico y el pronóstico).

Entiendo y acepto que la firma de esta Divulgación de información médica es opcional y que si me niego a firmar este documento, la Comisión Atlética del Estado de Nueva York o cualquiera de las comisiones miembros afiliadas a la ABC no tomarán ninguna medida en mi contra.

Entiendo y acepto que los expedientes médicos aquí mencionados no serán divulgados con ninguna otra finalidad más que para que una comisión miembro afiliada a la ABC determine mi idoneidad para participar en un deporte de combate.

Entiendo y acepto que esta autorización tendrá validez durante un año desde la fecha en que se firma y que es relevante para todos mis expedientes médicos aquí mencionados, independientemente de que dichos expedientes se hayan creado antes o después de la fecha en que se firma la autorización.

---

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (EN LETRA DE MOLDE)**

---

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL DEL SOLICITANTE**

---

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

---

**FECHA DE LA FIRMA**



## Autorización para divulgar información de salud conforme a la HIPAA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección del paciente:		Número de teléfono del paciente:

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica relacionada con mi atención y mi tratamiento se divulgue conforme a lo establecido en este formulario: de conformidad con la ley del Estado de Nueva York (New York State Law) y la Norma de Privacidad (Privacy Rule) de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)). Entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**, el **TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solamente si coloco mis iniciales en la línea correspondiente al punto 9(a). Si la información médica que se describe a continuación incluye alguno de estos tipos de información y yo coloco mis iniciales en la línea de la casilla del punto 9(a), autorizo específicamente divulgar dicha información a las personas que se mencionan en el punto 8.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el consumo de drogas y alcohol, con el tratamiento de problemas de salud mental o con el VIH, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que se lo permitan las leyes estatales o federales. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro de discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al (718) 741-8400 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son las responsables de proteger mis derechos.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito una solicitud al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Entiendo que puedo revocarla, salvo en la medida en que ya se hayan llevado adelante acciones en virtud de esta autorización.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico o mi elegibilidad para obtener beneficios no se verán afectados por la autorización de esta divulgación.
- El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada conforme a esta autorización (a excepción de lo que se menciona en el punto 2), y esta nueva divulgación ya no estará protegida por las leyes estatales o federales.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LE PERMITE ANALIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD NI MI ATENCIÓN MÉDICA CON NINGUNA PERSONA NI ENTIDAD QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL QUE SE MENCIONA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o de la entidad a los que se divulgará esta información:

8. Nombre y dirección de las personas o la categoría de las personas a las que se enviará esta información:  
**New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038**

9(a). Información específica que se divulgará:

Expediente médico del (ingresar fecha) \_\_\_\_\_ al (ingresar fecha) \_\_\_\_\_  
 Expediente médico completo, incluidos los antecedentes del paciente, las notas de consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las derivaciones, las consultas, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros que le enviarán otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_ Incluye: (Indicar escribiendo las iniciales)  
**Información de tratamiento para el consumo de drogas/alcohol**  
**Información de salud mental**  
**Información relacionada con el VIH**

**Autorización para analizar información de salud**

(b)  Al colocar mis iniciales aquí \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_  
 (Iniciales) (Nombre del proveedor de atención médica)  
 a analizar mi información médica con mi abogado o la agencia gubernamental que se mencionan a continuación:  
**New York State Athletic Commission**

(Nombre del abogado/de la firma o de la agencia gubernamental)

10. Motivo de divulgación de información: A solicitud de la persona <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha en la que vencerá esta autorización o evento por el que finalizará: <b>Un año a partir de esta fecha</b>
--	---

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: <b>N/C</b>	13. Autoridad que firma en nombre del paciente: <b>N/C</b>
---	---

Se completaron todas las secciones de este formulario y, además, se respondieron todas mis preguntas relacionadas con este formulario. He recibido una copia del formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Firma del paciente o del representante autorizado por la ley)

\* El virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State Public Health Law) protege la información que podría identificar razonablemente a alguien que tenga el VIH o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.





**Registro de antecedentes y exámenes físicos para solicitud de licencia de juez o árbitro**

**SECCIÓN 1 — DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE DE UNA LICENCIA DE JUEZ O ÁRBITRO**

Tenga en cuenta que los árbitros también deben presentar una medición de ECG, análisis de sangre del antígeno de superficie de la hepatitis B, de anticuerpos de la hepatitis C y del VIH junto con la solicitud\*\*

1. NOMBRE LEGAL		2. NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	3. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
4. DOMICILIO (HOGAR)			
CIUDAD	ESTADO		CÓDIGO POSTAL + 4
5. FECHA DE NACIMIENTO		6. OTROS ESTADOS EN LOS QUE TIENE LICENCIA PARA OFICIAR PROFESIONALMENTE	

7. ¿Alguna vez prestó servicios en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?  SÍ\*  NO

\*Si recibió un alta médica, indique la razón:

8. ¿Sufrir falta de aire, palpitaciones cardíacas, dolor o presión en el pecho o le han diagnosticado una enfermedad cardíaca?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

9. ¿Alguna vez escupió sangre o le diagnosticaron una enfermedad pulmonar?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

10. ¿Alguna vez le recomendaron que se realice exámenes especiales como radiografías, electrocardiogramas, electroencefalogramas, análisis de sangre, etc.?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

11. ¿Alguna vez se fracturó algún hueso o sufrió lesiones en la espalda, cuello u otras partes del cuerpo?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

12. ¿Ha tenido alguna afección, enfermedad, accidente u operación quirúrgica en los últimos cinco años?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

13. ¿Hay información relacionada con su salud —pasada o presente— que no se haya cubierto en las preguntas anteriores?  SÍ\*  NO

\*Si la respuesta es SÍ, explique:

Comentarios, si hubiese alguno:

Marque la casilla si hay comentarios adicionales al dorso.

**Certificado del solicitante** — Por la presente certifico que las declaraciones arriba realizadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo además que todas las declaraciones y la información que he brindado se realizan bajo pena de falso testimonio y, si se demostrase que son incorrectas o no informativas, esto podría derivar en una penalización o suspensión.

**X**

Firma del solicitante

Fecha

**X**

Firma del médico

Fecha

**X**

Revisado por (médico)

Fecha

**SECCIÓN 2 — EXAMEN FÍSICO PARA JUEZ/ÁRBITRO — DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO**

**1. VITAL SIGNS**

A) BLOOD PRESSURE	B) PULSE (AT REST)	C) PULSE (AFTER 20 HOPS)	D) PULSE (2 MINUTES AFTER EXERCISE)
-------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------------

COMMENT \_\_\_\_\_

**2. HEAD AND FACE (Describe scars, swelling, tenderness, etc.)**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**3. EYES (Dilated eye exam to be completed by an ophthalmologist or optometrist)**

A) RETINA			<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
B) CORNEA AND CONJUNCTIVEA			<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
C) VISUAL ACUITY (SNELLEN CHART)	<u>RIGHT</u>	<u>LEFT</u>		<u>RIGHT</u>	<u>LEFT</u>
	UNCORRECTED:			CORRECTED:	
D) SACCADES	HORIZONTAL		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED
	VERTICAL		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	<input type="checkbox"/> NOT EXAMINED

Name of Ophthalmologist or Optometrist (PRINT): \_\_\_\_\_

Signature of Ophthalmologist or Optometrist: **X** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Office Telephone Number: \_\_\_\_\_

**4. EARS (Including tympanic membrane, external auditory canals, auditory acuity for conversational voice)**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**5. NOSE**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**6. OROPHARYNX**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**7. NECK**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**8. LUNGS**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**9. THORAX/CHEST**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**10. HEART**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**11. ABDOMEN and INGUINAL AREA**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**12. BACK and SPINE**

NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**SECTION 2 CONTINUED— TO BE COMPLETED BY EXAMINING PHYSICIAN**

**13. EXTREMITIES/MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

- A) SHOULDERS                       LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- B) ELBOWS                          LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- C) KNEES                             LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- D) ANKLES                           LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**14. SKIN**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**15. LYMPHATIC SYSTEM**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**16. NERVOUS SYSTEM**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**SUMMARIZE ALL POSITIVE FINDINGS, IF ANY, AND INDICATE YOUR CLINICAL INTERPRETATION OF THIS DATA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMMENDATIONS FOR FURTHER SPECIALIZED EXAMINATION AND/OR CONSULTATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OTHER REMARKS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Physician’s Certification — I hereby certify that I have examined (*print full legal and ring name of applicant*)**

\_\_\_\_\_ on this day, (insert date) \_\_\_\_\_, and I  Approve  Disapprove this applicant for Judge/Referee

If disapproved, provide reason(s) for disapproval: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name of Physician (PRINT): \_\_\_\_\_

Signature of Physician: **X** \_\_\_\_\_

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

If physical was not conducted at the office listed above, specify location/address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Office Telephone Number: \_\_\_\_\_