

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Programa de Olimpiadas Especiales Locales: _____

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu re-inscripción?

Atleta Nuevo

Re-inscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA		
Nombre:	Segundo Nombre:	
Apellidos:	Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro género	
Raza/Origen étnico: <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latinx		
Idioma(s) Habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional): Marca todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro(s) (por favor especifícalo(s):		
Dirección. Calle y número:		
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:		
Patrón o Empleador del Atleta, si lo hubiere (Opcional):		
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio Si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:		
Relación:		
<input type="checkbox"/> La misma información de contacto del Atleta		
Dirección. Calle y número:		
Ciudad:	Estado/Departamento/Provincia:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
<input type="checkbox"/> La misma del Familiar o Tutor		
Nombre:		
Teléfono:	Relación o Parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO		
Nombre del Médico:		
Teléfono del Médico:		
Compañía Aseguradora:	Número de Póliza de Seguro:	
Número de Seguro Colectivo:		



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR REFERENCIAS AL ATLETA PARA PATROCINADORES (OPCIONAL)

En Olimpiadas Especiales dependemos de nuestros socios y patrocinadores para lograr nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeo e historias de nuestros atletas para ejemplificar el efecto que tiene el apoyo de las compañías que nos patrocinan. Si autorizas que se utilicen referencias a tu persona de esta manera, por favor lee lo siguiente y fírmalo.

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités de organización de juegos de Special Olympics, ya los Programas acreditados de Special Olympics (colectivamente "Special Olympics") y a sus patrocinadores y socios para usar mi imagen, video, nombre, voz, palabras y biografías. información ("a mi semejanza") para reconocer el apoyo de los patrocinadores y socios en Olimpiadas Especiales.
- Ni Special Olympics ni sus socios y patrocinadores utilizarán "las Referencias a mi persona" para promocionar servicios o productos comerciales.
- Entiendo que no recibiré remuneración alguna por el uso de "las Referencias a mi persona".

Nombre del atleta:	
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.	
Firma del Atleta:	Fecha:
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del Familiar o Tutor:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación:

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, PARA EL ATLETA

Special Olympics



Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
- Autorización para el uso de la imagen.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Olimpiadas Especiales ya los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales") para utilizar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deporte después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que si he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión, requeriré autorización de un doctor para volver a practicar deporte, y que quizás necesite dejar de practicar deporte por 7 días o más.
- Cuidados de Emergencia.** Si me viera imposibilitado, o mi tutor no estuviera disponible, para autorizar que se me administren cuidados médicos o tomar decisiones en caso de emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a administrarme cuidados médicos, a menos de que yo marque uno de los siguientes cuadros:
 - Tengo objeciones religiosas o de otro tipo para recibir tratamientos médicos. (No común)
 - No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)
 (Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
- Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel, en dormitorio universitario o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración.
- Programas de salud** Si decido ser parte de algún programa de salud, estoy de acuerdo en participar en las actividades respectivas y en someterme a las pruebas y tratamientos correspondientes. Estas actividades, pruebas y tratamientos no sustituyen a los cuidados médicos de cabecera que pudiera yo necesitar. Tendré la posibilidad de rechazar cualquier tratamiento u otro tipo de actividad en cualquier momento que lo desee.
- Información Personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá mi información personal para que pueda yo participar, y que esta información incluye mi nombre, imagen, domicilio, número telefónico, expedientes y otros datos médicos, y otra información que me identifique personalmente, que yo he proporcionado a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
 - Utilizar mi información personal para cerciorarse de que califico para participar y puedo hacerlo con seguridad; llevar a cabo eventos y sesiones de entrenamiento; publicar resultados de las competencias (incluyendo en sitios web y medios electrónicos); administrar cuidados médicos, si participo en un programa de salud; analizar datos para perfeccionar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes en los Juegos Special Olympics; realizar operaciones informáticas, pruebas, controles de calidad, y otras actividades relacionadas; y suministrar servicios relacionados con los eventos.
 - usando mi información de contacto para comunicarme conmigo sobre Olimpiadas Especiales.
 - compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores como universidades y agencias de salud pública que estudian discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en caso de emergencia y (iii) autoridades gubernamentales con el fin de ayudar yo con las visas requeridas para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a las solicitudes de los gobiernos e informar sobre la información según lo exige la ley.
 - Tengo el derecho de, a mi solicitud, ver mi información personal, o de que se me mantenga al tanto de cuál es la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de solicitar corrección o eliminación de mi información personal, y de restringir el procesamiento que se haga de la misma si resultara incongruente con la autorización que aquí doy,
 - *Política de privacidad.* La información personal se puede usar y compartir de manera consistente con este formulario y como se explica en la política de privacidad de Special Olympics en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	
FIRMA DE ATLETA (requerido para deportistas adultos con capacidad para firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.	
Firma del Atleta:	Fecha:
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del Familiar o Tutor:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación:



POLÍTICA DE RECONOCIMIENTO DE CONCUSIÓN Y SEGURIDAD

Objetivo

Es la intención de Olimpiadas Especiales tomar medidas para ayudar a garantizar la salud y seguridad de todos los participantes de Olimpiadas Especiales. Todos los participantes de Olimpiadas Especiales deben recordar que la seguridad es lo primero y deben tomar medidas razonables para ayudar a a minimizar los riesgos de conmoción cerebral u otras lesiones cerebrales graves.

Definiendo una Conmoción Cerebral

Una conmoción cerebral es definida por los Centros para el Control de Enfermedades como un tipo de lesión cerebral traumática causada por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza, así como golpes en serie en la cabeza. También pueden ocurrir conmociones cerebrales debido a un golpe en el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás, lo que hace que el cerebro rebote o se retuerza dentro del cráneo. Aunque las conmociones cerebrales generalmente no son potencialmente mortales, sus efectos pueden ser graves y, por lo tanto, se debe prestar una atención adecuada a las personas sospechosas de sufrir una conmoción cerebral.

Conmoción Cerebral Sospechada o Confirmada

Un participante que sea sospechoso de sufrir una conmoción cerebral en una práctica, juego o competición deberá ser retirado de la práctica, juego o competición en ese momento. Si un profesional médico calificado está disponible en el sitio para realizar una evaluación, esa persona tendrá la autoridad final en cuanto a la expulsión o el regreso del juego del participante. Si corresponde, se debe informar al padre o tutor del participante que se sospecha que el participante sufre una conmoción cerebral.

Volver a Jugar

Un participante que ha sido retirado de la práctica, el juego o la competencia debido a una sospecha de conmoción cerebral no puede participar en actividades deportivas de Olimpiadas Especiales hasta que ocurra cualquiera de los siguientes casos (1) al menos siete (7) días consecutivos han pasado desde que el participante fue retirado de play y un profesional médico calificado y con licencia actualmente proporciona autorización por escrito para que el participante regrese a la práctica, el juego y la competencia o (2) un profesional médico calificado y con licencia actual determine que el participante no sufrió una conmoción cerebral y proporciona autorización por escrito para el participante Para volver a practicar el juego de inmediato. La autorización por escrito en cualquiera de los escenarios anteriores se convertirá en un registro permanente.

El sitio web de los Centros para el Control de Enfermedades www.cdc.gov/concussion proporciona recursos adicionales relacionados con conmociones cerebrales que pueden ser de interés para los participantes y sus familias.