



# Formulario de inscripción de atletas

Obligatorio para todos los atletas que participan en las Olimpiadas Especiales.

Programa local de Olimpiadas Especiales: \_\_\_\_\_

¿Eres un atleta nuevo en Olimpiadas Especiales?  Sí  No

**Información del atleta:** *debe ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Femenino  Masculino  Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil  Teléfono fijo

Domicilio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor:** *requerida si es menor de edad o tiene un tutor legal.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el deportista: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil  Teléfono fijo

Domicilio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

*Igual que el padre/tutor*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil  Teléfono

Relación con el atleta:  Padre/tutor  Cuidador  Miembro de la familia  Proveedor de salud  Entrenador  Otro

**Condiciones asociadas - Obligatorias**

Condiciones asociadas	Autismo	Parálisis cerebral	Síndrome Down	Síndrome alcohol fetal
<b>Marque todo lo que corresponda:</b>	Síndrome de Marfan	Espina Bífida	Epilepsia	Síndrome de X frágil
	Otro	Desconocido		
Especifique otros diagnósticos de discapacidad intelectual conocidos:				

**Dispositivos de asistencia y adaptaciones** - *¿Utiliza alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:*

Movilidad	Caminador Prótesis	Aparatos ortopédicos o muletas Ninguno	Silla de ruedas	Aparatos ortopédicos removibles
Ayudas para el estilo de vida	CPAP Ninguno	Dentadura postiza	Gafas, lentes de contacto o gafas protectoras	
Comunicaciones	Audífono	Dispositivos de comunicación	Lenguaje de señas	Ninguno
Dispositivos médicos	Desfibrilador cardioversor implantable (ICD) Derivación ventrículo peritoneal	Marcapasos	Dispositivo implantable para el tratamiento de las convulsiones Ninguno	
¿Tienes un requerimiento dietético específico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, especifique:	
¿Usas otros dispositivos de asistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, especifique:	

## Preguntas generales de salud

¿Tiene alguna afección cardíaca?	Sí	No
¿Tiene asma?	Sí	No
¿Tiene diabetes que requiere que te administres insulina?	Sí	No
¿Tiene discapacidad visual?	Sí	No
¿Tiene discapacidad auditiva?	Sí	No
¿Tiene algún trastorno hemorrágico?	Sí	No
¿Alguna vez un médico ha limitado su participación en deportes?	Sí	No
¿Tiene epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo?	Sí	No
¿Tiene enfermedad de células falciformes?	Sí	No

¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral?	Sí	No	En caso afirmativo, sírvase especificar cuántos a lo largo de su vida: _____ Fecha de la última (mm/aaaa): _____
¿Tiene afecciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales?	Sí	No	If yes, please specify:
¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un antídoto tipo EpiPen?	Sí	No	En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes: Picaduras de insectos Medicamentos/drogas Viveres Látex Otros (especifique): _____

## Medicación y tratamiento - Por favor, enumere:

¿Estás tomando algún medicamento o tratamiento recetado o de venta libre? (Incluyendo píldoras anticonceptivas, insulina, inyecciones o píldoras multivitamínicas para la alergia, EpiPen, inhaladores para el asma, medicamentos para la epilepsia, medicamentos antiinflamatorios, suplementos de cualquier tipo, etc.)

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Este formulario está siendo completado por alguien que no sea el atleta? Sí No

En caso afirmativo, seleccione la relación con el atleta:

Relación con el deportista: Padre/tutor Cuidador Miembro de la familia Proveedor de salud Entrenador Otro

**Olimpiadas Especiales anima a todos los participantes a hacerse un examen físico anual.**

## EXENCIONES, LIBERACIONES Y POLÍTICAS

Por favor, lea la siguiente información y marque todas las casillas antes de firmar.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Capacidad de participación.** Soy físicamente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales y cumpliré con todas las reglas, requisitos y códigos de conducta aplicables.
2. **Autorización uso de imagen.** Doy permiso a Olimpiadas Especiales, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales, a los programas acreditados por Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales"), así como a los auspiciadores y socios oficiales de Olimpiadas Especiales que tengan autorización de Olimpiadas Especiales, para usar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras, información biográfica y material similar o relacionado (mi "imagen") para promover Olimpiadas Especiales y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales. Entiendo que mi imagen puede ser utilizada en todo tipo de medios de comunicación en campañas locales o globales, incluidas las de los auspiciadores y socios de Olimpiadas Especiales, pero entiendo que mi imagen no se utilizará para respaldar productos o servicios comerciales. Entiendo que no seré compensado por el uso de mi imagen.
3. **Atención de emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:
  - Tengo una objeción religiosa o de otro tipo para recibir tratamiento médico.
  - No doy mi consentimiento para las transfusiones de sangre.(Si alguna de las casillas está marcada, se debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA).
4. **Pernocte.** Para algunos eventos, es posible que se requiera alojamiento durante la noche. Si tengo preguntas, me pondré en contacto con mi Programa de Olimpiadas Especiales.
5. **Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Tengo el derecho de rechazar el tratamiento de la programación de salud (que es diferente de la atención médica secundaria o de emergencia) en cualquier momento".
6. **Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluyendo mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcione a Olimpiadas Especiales ("información personal").

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales:

- usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; llevar a cabo capacitaciones y eventos; compartir los resultados de los concursos (incluso en la Web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar los datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
- usar mi información de contacto para comunicarse conmigo acerca de Olimpiadas Especiales.
- compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que estudian la discapacidad intelectual y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme 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 del gobierno y reportar información según lo requiera la ley.
- Tengo derecho a solicitar ver mi información personal o a ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo derecho a solicitar que se corrija y elimine mi información personal, y a restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.

**Política de privacidad.** La información personal puede usarse y compartirse de acuerdo con este formulario y como se explica con más detalle en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

### SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL e INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (Solo para atletas con síndrome de Down)

Si yo (o el atleta) hemos sido diagnosticados o hemos experimentado alguno de los siguientes síntomas que han aumentado en gravedad en los últimos tres años: dificultad para controlar los intestinos o la vejiga; entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies; debilidad en brazos, piernas, manos o pies; quemadura/hinches/pinzamiento del nervio, dolor en el cuello, la espalda, de los hombros, los brazos, las manos, los glúteos, las piernas o los pies; espasticidad o parálisis: debo obtener una revisión y el permiso de un médico con licencia para que autorice a entrenar y / o participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.

## RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD / ASUNCIÓN DE RIESGOS / INDEMNIZACIÓN

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en las actividades de Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad (incluidas las enfermedades transmisibles), lesiones (incluida la conmoción cerebral), discapacidad y muerte;
2. Si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo pondré en conocimiento del representante de Olimpiadas Especiales más cercano de inmediato; y
3. **Entiendo los riesgos que implica la participación en las actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo plenamente todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. En la mayor medida de la ley, libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de instalaciones en las que se lleva a cabo cualquier actividad de Olimpiadas Especiales ("Exonerados") relacionados con cualquier responsabilidad, reclamo o pérdida en mi cuenta causada o presuntamente causada en su totalidad o en parte por los Exonerados, incluso si surgen de la negligencia de los Exonerados. He leído esta disposición de liberación de responsabilidad y asunción de riesgos, comprendo completamente sus términos, reconozco que he renunciado a derechos sustanciales al firmarla y la firmo libre y voluntariamente sin ningún incentivo. Además, acepto que si, a pesar de esta liberación, yo, o cualquier persona en mi nombre, presento una reclamación contra cualquiera de los Exonerados, indemnizaré y eximiré de responsabilidad a cada uno de los Exonerados de dichas responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de dicha reclamación. Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.**

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL ATLETA

(requerido para atletas adultos con capacidad para firmar documentos legales)

He leído y entiendo este formulario. Si tengo preguntas, las haré. Al firmar, acepto este formulario.

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FIRMA DEL PADRE/TUTOR

(requerido para el atleta que es menor de edad o carece de capacidad para firmar documentos legales)

Soy padre o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y he explicado el contenido al atleta según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi propio nombre y en nombre del atleta.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN (Opcional)

Olimpiadas Especiales quiere ayudar a nuestros atletas y sus familias a mantenerse sanos y felices. Es posible que participemos en estudios de investigación y compartiremos información para su posible participación. Todos los estudios serán revisados por el Director de Salud de Olimpiadas Especiales.

¿A usted o a su familia les interesaría aprender sobre estudios de investigación?

Sí                      No

# Formulario de Renovación de Registro de Atletas

Requerido anualmente para todos los atletas que participan en Olimpiadas Especiales.

**Special Olympics**



Programa local de Olimpiadas Especiales: \_\_\_\_\_

**Información del atleta:** debe ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hembr Masc Prefiero no responder

Domicilio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil Teléfono fijo

¿Ha habido algún cambio en su historial de salud en el último año? **Sí No**

**Solo para uso en oficina:**

Identif. del atleta: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la sección de historial médico. Si la respuesta es no, complete la sección de firma.

## Historial de salud

Ayudas para la salud y/o movilidad que el atleta posee y puede usar durante la participación en Olimpiadas Especiales.	CPAP	Gafas/Lentes de contacto/Gafas protectoras	Dispositivo implantable para convulsiones
	Prótesis	Audifono/Dispositivo de comunicación	Silla de ruedas/andador/aparatos ortopédicos para piern
	Dentadura postiza	Marcapasos/Desfibrilador implantado	Derivación ventrículo peritoneal
	Ninguno	Otro: _____	

Enumere cualquier alergia y/o requisito nutricional:

## Preguntas generales de salud:

¿Tienes una afección cardíaca?	Sí	No	¿Tienes asma?	Sí	No
¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	Sí	No	¿Tienes diabetes?	Sí	No
En caso afirmativo, número de lesiones en la cabeza/conmociones cerebrales: _____			Do you have a vision impairment?	Sí	No
Fecha de la lesión en la cabeza/conmoción cerebral más reciente: _____			Do you have a hearing impairment?	Sí	No
¿Tienes trastorno hemorrágico?	Sí	No	Do you have sickle cell disease?	Sí	No
¿Tienes epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo?				Sí	No
¿Tiene condiciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales que podrían afectar su participación o la de los demás?				Sí	No

En caso afirmativo a alguna de las preguntas generales de salud anteriores, proporcione detalles adicionales:

## Medicación y tratamiento

¿Ha habido algún cambio en sus recetas, medicamentos de venta libre o tratamientos? **Sí No**

En caso afirmativo, enumere:

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día	Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosificación	Veces al día

¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un EpiPen? (epinefrina) **Sí No**

En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes:

Picaduras de insectos Medicamentos/drogas Víveres Látex Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi real saber y entender.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Este formulario está siendo completado por alguien que no sea el atleta? **Sí No**

En caso afirmativo, seleccione la relación con el atleta:

Padre/Tutor Cuidador/Otro miembro de la familia Proveedor de atención médica Otro: \_\_\_\_\_