



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? ☐ Si ☐ 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 Marque todo lo que corresponda:	☐ Autismo	☐ Parálisis cerebral	☐ Síndrome Down	☐ Síndrome alcohol fetal
	☐ 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	☐ Aparatos ortopédicos o muletas	☐ Silla de ruedas	☐ Aparatos ortopédicos removibles
	☐ Prótesis	☐ Ninguno		
Ayudas para el estilo de vida	☐ CPAP	☐ Dentadura postiza	☐ Gafas, lentes de contacto o gafas protectoras	
	☐ Ninguno			
Comunicaciones	☐ Audífono	☐ Dispositivos de comunicación	☐ Lenguaje de señas	☐ Ninguno
Dispositivos médicos	☐ Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)		☐ Dispositivo implantable para el tratamiento de las convulsiones	
	☐ Derivación ventrículo peritoneal	☐ Marcapasos	☐ Ninguno	

¿Tienes un requerimiento dietético específico?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, especifique:
¿Usas otros dispositivos de asistencia?	☐ Sí ☐ 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 ☐ Víveres ☐ 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 Georgia 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. **Estancia Nocturna.** Special Olympics Georgia (SOGA) ofrece alojamiento para los Atletas/Socios Unificados y Entrenadores inscritos en cada Juego Estatal. SOGA asigna 2 personas del mismo sexo por habitación en una habitación Doble/Doble o con cama King y sofá cama, 1 persona por habitación con cama King, y 3 personas por habitación con camas Queen/Queen y sofá cama. En las habitaciones tipo dormitorio, asignamos una cama por persona. Los Atletas/Socios Unificados/Entrenadores y Voluntarios no pueden compartir habitación con personas del sexo opuesto. Es responsabilidad de la agencia llamar a los hoteles de la comunidad y asegurar alojamiento adicional si se desea, y correrá por cuenta de la agencia
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.

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: _____