

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

Special Olympics



Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales: _____

¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción?

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	
Raza/Origen Étnico (Opcional):		
Idioma(s) habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):		
Dirección. Calle y Número:		Ciudad:
Estado/provincia:	País:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:		
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? Si 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/provincia:	País:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
<input type="checkbox"/> La misma del Padre o Tutor		
Nombre:		
Teléfono:	Relación o Parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO		
Nombre del Médico:		
Teléfono del Médico:		

FORMULARIO DE EXENCIÓN DEL 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.
- Liberación de Semejanza.** 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. También es posible que tenga que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de comenzar a practicar deportes nuevamente.
- Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:
 - Tengo una objeción religiosa u otra para recibir tratamiento médico. (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.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré.
- Programas de Salud** Si participo en un programa de salud, consiento las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
- Información Personal.** Entiendo que Special Olympics recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcione a Special Olympics ("información personal"). La organización responsable de proteger mi información personal de conformidad con la ley de protección de datos personales, es el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto en www.SpecialOlympics.org/Programs).
 - Entiendo que Special Olympics está usando mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir los resultados de la competencia (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, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
 - Entiendo que Special Olympics puede divulgar mi información personal con (i) profesionales médicos en caso de emergencia, y (ii) con las autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme con las visas necesarias para viajes internacionales a eventos de Special Olympics y para cualquier otro propósito necesario para proteger seguridad pública, responda a las solicitudes del gobierno e informe la información según lo exige la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con sede en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en algún país distinto al mío, donde resido, incluyendo los Estados Unidos de América. Dichos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia.
 - Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o ser informado sobre 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. También tengo el derecho de que, a mi solicitud, mi información personal se comparta con otras organizaciones. Tengo el derecho de presentar una queja ante una autoridad de protección de datos local.
 - Política de Privacidad.** La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
Estoy de acuerdo en que Olimpiadas Especiales (marque por favor): <input type="checkbox"/> Usar mi información de contacto para enviarme materiales de marketing de Olimpiadas Especiales. <input type="checkbox"/> Compartir mi información personal de forma confidencial con investigadores, como universidades o agencias de salud pública, que están estudiando las discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales.	
FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento que haya dado bajo este formulario con efecto futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Al firmar, acepto este 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. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al atleta según corresponda. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en www.SpecialOlympics.org/Programs). Por mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre Impreso:	Relación o Parentesco:



RENUNCIA OFICIAL Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES CONTAGIOSAS ("Acuerdo") PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES.

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el entrenamiento deportivo, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de Special Olympics Texas, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta lo siguiente:

1. La participación incluye la posible exposición a una enfermedad de enfermedades infecciosas y /o transmisibles que incluyen, entre otras, MRSA, influenza y COVID-19. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte.
2. ASUMO CON CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS DICHOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS o de otros, y asumo toda la responsabilidad de mi participación.
3. Acepto voluntariamente cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo notificaré al funcionario más cercano de inmediato.
4. Yo, para mí y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, HEARBY LIBERAR Y MANTENER INOFENSIVOS Special Olympics, Inc., Special Olympics Texas, sus oficiales, oficiales, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, en su caso, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("COMUNICADOS") CON RESPECTO A TODAS LAS ENFERMEDADES, DISCAPACIDADES, MUERTE, pérdidas o daños a personas o bienes, YA SEA DERIVADO DE LA



NEGLIGENCIA DE LAS AUTORIZACIONES O DE OTRO MODO, en la máxima medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS, ENTIENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y FIRMAR LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDICADOR.

Nombre del participante: _____

Firma de participante: _____

Fecha de Firma: _____

PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA O PARTICIPANTES BAJO TUTELA

Esto es para certificar que yo, como padre / tutor, con la responsabilidad legal de este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia / autorización a mi hijo / pupilo, incluidos los riesgos de presencia y participación y sus responsabilidades personales, por adherirse a las normas y reglamentos de protección contra enfermedades transmisibles. Además, mi hijo / pupilo comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, por mí mismo, mi cónyuge y mi hijo / pupilo doy mi consentimiento y acepto su liberación prevista anteriormente para todos los Liberados y yo, mi cónyuge e hijo / pupilo liberamos y acepto indemnizar y mantener indemne a los Liberados por todas y cada una de las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo / pupilo en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA,

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha de firma: _____