FORMULARIO DE

INSCRIPCIÓN DEL ATLETA

|  |
| --- |
| **Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **¿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):** | [ ] Femenino [ ] 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?** [ ] Sí [ ] No  |
| **INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)** |
| **Nombre:** |
| **Relación o Parentesco:** |
| [ ]  **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** |
| [ ]  **La misma del Familiar o Tutor** |
| **Nombre:** |
| **Teléfono:** | **Relación o Parentesco:** |
| **INFORMACIÓN DEL MÉDICO** |
| **Nombre del Médico:** |
| **Teléfono del Médico:** |

FORMULARIO DE

EXENCIÓN DEL ATLETA

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
2. **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.
3. **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.
4. **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)

1. **Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración.
2. **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.
3. **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 proporcioné a Special Olympics ("información personal") .
* Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
	+ usar 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.
	+ usando mi información de contacto para comunicarme conmigo sobre Olimpiadas Especiales.
	+ compartir mi información personal con (i) investigadores, socios comerciales, agencias de salud pública y otras organizaciones que estudian discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en caso de emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales para el 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 e informar sobre la información según lo exige la ley.
* Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con sede en los Estados Unidos de América. Reconozco que mi información personal puede almacenarse y procesarse en países fuera de mi país de residencia, incluido Estados Unidos. Es posible que dichos países no tengan el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia, y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos regirán el procesamiento de mi información personal según lo estipulado en este consentimiento.
* 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 pedir que se corrija y elimine mi información personal, y de restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.
* *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](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)** |
| **He leído y comprendo este formulario. Si tengo preguntas, las preguntaré. 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 Impreso:** | **Relación o Parentesco:** |



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.
* Special Olympics y sus patrocinadores y socios no utilizarán mi Similaridad para respaldar productos o servicios comerciales.
* Entiendo que no recibiré remuneración alguna por el uso de "las Referencias a mi persona".

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)** |
| **He leído y comprendo este formulario. Si tengo preguntas, las preguntaré. 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 Impreso:** | **Relación o Parentesco:** |