VOLUNTARIADO & UNIFICADO

REGISTRO DE SOCIOS

**Programa de Olimpiadas Especiales Locales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de Registro (marque uno o ambos): ☐ Voluntario ☐ Socio Unificado**

**¿Eres nuevo o estás volviendo a registrarte? ☐ Nuevo ☐ Volver a registrar**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO / SOCIO UNIFICADO** | |
| **Nombre:** | **Apellidos:** |
| **Fecha de Nacimiento** **(dd/mm/aaaa):** | **Femenino** **Masculino** |
| **Dirección:** | |
| **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** |
| **Deportes / Actividades:** | |
| **Raza/Origen Étnico (Opcional):** | **Idioma Preferido (Opcional):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si es menor de edad o requiere de un tutor legal)** | | |
| **Nombre:** | | **Relación o Parentesco:** |
| **Igual que la información de contacto anterior** | **Dirección:** | |
| **Teléfono:** | | **Correo Electrónico:** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA [/ b]  ☐ Igual que la del familiar / tutor** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre:** | **Relación o Parentesco:** | **Teléfono:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES (requerido para participantes de 16 años o más)** | | |
| **¿Usas drogas ilegales?** | | Si No |
| **¿Alguna vez ha sido condenado por un delito penal?** | | Si No |
| **¿Alguna vez ha sido acusado y / o condenado por negligencia, abuso o agresión?** | | Si No |
| **¿Su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada alguna vez en alguna jurisdicción?** | | Si No |
| **Si respondió "sí" a alguna de las preguntas, proporcione detalles:** | | |
| **INFORMACIÓN DE SALUD** | **\*\* La información de salud se recopila en caso de emergencia.  Cada participante es responsable de determinar si el participante es físicamente capaz de participar.** | |
| **Marque si tiene alguna de las siguientes condiciones y proporcione detalles:** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ☐ Necesidades dietéticas especiales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Dispositivos de asistencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Presión arterial alta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Condiciones del corazón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Asma / condición respiratoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Condición de salud mental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | ☐ Epilepsia o trastorno convulsivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Condición neurológica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diabetes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Anemia / rasgo de células falciformes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Infección crónica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Falta el órgano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Otras condiciones de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Use este espacio para cualquier información de salud adicional que desee que Olimpiadas Especiales sepa:** | | | | | | | | **Indique a continuación cualquier medicamento, vitamina o suplemento dietético:** | | | | | | | | **Nombre de la Medicación** | **Dosis** | **Veces por día** | **Nombre de la Medicación** | | **Dosis** | **Veces por día** | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | |

 VOLUNTARIADO & UNIFICADO

REGISTRO DE SOCIOS

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Estoy físicamente capacitado para participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.
2. **Liberación de Semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los juegos de Olimpiadas Especiales / comités de organización locales, a los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente “Olimpiadas Especiales”) ya los socios y patrocinadores de Olimpiadas Especiales a usar mi imagen, video, nombre, voz y palabras. e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales, recaudar fondos para Olimpiadas Especiales y reconocer el apoyo de socios y patrocinadores para Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar participando con una conmoción cerebral o una lesión, o posteriormente. 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.
4. **Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para consentir o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre.
5. **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.
6. **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"). La organización responsable de proteger mi información personal conforme a las leyes de protección de datos es mi Programa nacional acreditado de Olimpiadas Especiales (información de contacto en  [www.SpecialOlympics.org/Programs [/ u]](http://www.SpecialOlympics.org/Programs) ) . Special Olympics, Inc. y los comités de organización / juegos locales / Olimpiadas especiales también serán responsables de proteger mi información personal si se comparte con ellos.

* 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. 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.
* 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 corregir, eliminar y restringir el procesamiento de mi información personal. También tengo derecho a que mi información personal se envíe a otra organización cuando lo solicite. Tengo derecho a presentar una queja ante una autoridad local de protección de datos.
* *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).

1. **Autorización de verificación de antecedentes. [SE APLICA SOLAMENTE A ADULTOS]** Autorizo a Olimpiadas Especiales a realizar una verificación de antecedentes sobre mí. Esta verificación de antecedentes puede realizarse a través de un tercero. La verificación de antecedentes puede incluir una consulta sobre mi empleo, educación, manejo y / o antecedentes penales. Entiendo que Olimpiadas Especiales puede depender de la información proporcionada o descubierta para determinar si puedo participar en actividades de Olimpiadas Especiales. Al firmar a continuación, autorizo a los investigadores a realizar una verificación de antecedentes como se describe en este formulario. También autorizo a cualquier tercero o agencia que pueda estar en posesión de la información solicitada, a divulgar dicha información en relación con esta verificación de antecedentes.
2. **Exención de Responsabilidad.** Entiendo los riesgos involucrados con la participación en actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. Libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, y otros participantes ("Exoneración") relacionados con responsabilidades, reclamos o pérdidas en mi cuenta causadas o supuestamente causadas en su totalidad. o en parte por los lanzamientos. Además, acepto que, a pesar de esta divulgación, yo, o cualquier otra persona en mi nombre, presentamos una reclamación contra cualquiera de las Divulgaciones, indemnizaré y mantendré a salvo a cada una de las Exenciones de cualesquiera responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de tal reclamo Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | |
| **Estoy de acuerdo en que Olimpiadas Especiales (marque por favor):**   * **Usar mi información de contacto para enviarme materiales de marketing de Olimpiadas Especiales.** * **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 VOLUNTARIO (obligatorio para adultos mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)** | |
| He leído y comprendo este formulario. 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](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)). Al firmar, acepto este formulario. | |
| **Firma del Voluntario / Socio Unificado:** | **Fecha:** |
| **FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio para participantes menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)** | |
| Soy un padre o tutor del participante. He leído y entiendo este formulario y he explicado los contenidos al participante 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](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)). Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en nombre del participante. | |
| **Firma del Padre / Tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre Impreso:** | **Relación o Parentesco:** |