

INSCRIPCIÓN DE ATLETAS JÓVENES



Programa Estatal de Olimpiadas Especiales: _____

¿Es nuevo en Olimpiadas Especiales o se está reinscribiendo? Nuevo Reinscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA JOVEN	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza/Origen étnico (opcional)	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio American	<input type="checkbox"/> Asiático Americano
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latinx
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Más de una raza	
Idioma(s) que se hablan en el hogar del Atleta Joven (opcional): Marque todos los que correspondan	
<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> español
<input type="checkbox"/> otro (indique por favor):	
Talla de la camiseta:	<input type="checkbox"/> Joven pequeño <input type="checkbox"/> Joven medio <input type="checkbox"/> Joven grande
<input type="checkbox"/> Requiere lugares accesibles con silla de ruedas	
<input type="checkbox"/> Necesidades de idiomas:	
<input type="checkbox"/> Condiciones médicas:	
<input type="checkbox"/> Dieta especial:	
<input type="checkbox"/> Otros:	
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
Nombre:	
Relación:	
Dirección:	Ciudad:
Estado/provincia:	Código Postal:
Teléfono:	E-mail:
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
<input type="checkbox"/> Igual que el padre/madre/tutor	
Nombre:	
Teléfono:	Relación:

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ATLETA



Soy el padre/madre o tutor del participante en Atletas Jóvenes que se nombra a continuación y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Capacidad para participar.** El Atleta Joven está en condiciones físicas para participar en Olimpiadas Especiales.
- Autorización para el uso de la imagen.** Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas de Olimpiadas Especiales acreditados (colectivamente "Olimpiadas Especiales") para usar la imagen, fotografía, video, nombre, voz, palabras e información biográfica del Atleta Joven 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 participando con una conmoción cerebral o una lesión, o posteriormente. El Atleta Joven podrá necesitar recibir cuidados médicos si existe sospecha de que ha sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Además, el Atleta Joven podría tener que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de volver a practicar deporte.
- Cuidado de emergencia.** Si un padre, madre o tutor no está disponible para dar su consentimiento para tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar cuidado médico para el Atleta Joven, a menos que yo marque alguno de estos casilleros:
 - Tengo una objeción religiosa o de otro tipo a recibir tratamientos médicos. (No común)
 - No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)(Si se ha marcado alguno de los casilleros, deberá completarse un FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
- Programas de salud.** Si el Atleta Joven participa en un programa de salud de Olimpiadas Especiales, doy mi consentimiento a las actividades de salud, los exámenes y el tratamiento para el Atleta Joven. Estas actividades no deberán reemplazar el cuidado de la salud normal. Puedo decir "no" a un tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento para el Atleta Joven.
- Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá la información personal del Atleta Joven como parte de la participación, incluyendo el nombre, imagen, domicilio, teléfono, información de salud y demás información de identificación personal y relacionada con la salud provista a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Autorizo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a:
 - usar la información personal para: confirmar la elegibilidad y participación segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir resultados de competencias (incluyendo en Internet y medios informativos); proveer tratamiento de salud si el Atleta Joven participa en un programa de salud; analizar datos con el propósito de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones de computación, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y a proveer servicios relacionados con los eventos.
 - usar la información personal para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo marketing digital directo por e-mail, mensajes de texto y redes sociales.
 - compartir la información personal con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que están estudiando discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, con el propósito de ayudar en visas requeridas para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes del gobierno y reportar información exigida por ley.
 - Tengo derecho a ver la información personal o a ser informado acerca de la información personal que es procesada. Tengo derecho a pedir corregir o eliminar la información personal y a restringir el procesamiento de información personal si no es consistente 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.aspx.

Nombre del Atleta Joven:	
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
Soy un padre, madre o tutor del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en el nombre del Atleta Joven.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación: