



Programa Estatal de Olimpiadas Especiales: _____

¿Es un deportista nuevo en Olimpiadas Especiales o se está reinscribiendo?

Deportista Nuevo

Reinscripción

INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA		
Nombre:	Segundo nombre:	
Apellidos:	Nombre preferido:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Femenino	Masculino
Raza u origen étnico (opcional): Nativo de Alaska o indio americano Asiático Dos o más razas Afroamericano o negro Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico Blanco Hispano o latino (especifique el grupo de origen): _____		
Idioma(s) habitual(es) en el hogar del deportista (opcional): Marque todos los que correspondan Inglés Español Otro(s) (por favor especifique): _____		
Dirección: Calle y número:		
Ciudad:	Estado, departamento o provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	
Deportes o actividades:		
Patrón o empleador del deportista, si lo hubiera (opcional):		
¿Tiene el deportista la capacidad de autorizar que se le administren cuidados médicos? Sí No		
INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL (obligatorio si el deportista es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:		
Relación o parentesco:		
La misma información de contacto del deportista		
Dirección: Calle y número:		
Ciudad:	Estado, departamento o provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
La misma del padre o tutor legal		
Nombre:		
Teléfono:	Relación o parentesco:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO		
Nombre del médico:		
Teléfono del médico:		
Compañía aseguradora:	Número de póliza de seguro:	
Número de seguro colectivo:		



Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Capacidad para participar.** Tengo la aptitud física necesaria para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales.
2. **Autorización para el uso de referencias de mi persona.** Autorizo a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas Acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Special Olympics") para usar imágenes, fotografías y vídeo en los que aparezca yo; mi nombre, mi voz y mis palabras, para propósitos de promoción de las Olimpiadas Especiales y para recaudar fondos para actividades de Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de conmoción cerebral y otros tipos de lesión.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Comprendo el riesgo de continuar practicando deportes después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Comprendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que haya sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. También puede que tenga que esperar siete días o más y obtener la autorización de un doctor antes de volver a practicar deportes.
4. **Cuidados de emergencia.** Si me viera imposibilitado o mi tutor no estuviera disponible para autorizar o tomar decisiones en caso de emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de las siguientes casillas:

Tengo objeciones religiosas o de otro tipo para recibir tratamiento médico. (No común)

No autorizo a que me hagan transfusiones sanguíneas. (No común)

(Si se ha marcado una de estas casillas, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)

5. **Estadías.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel o en casa de alguien para participar en algunos eventos. Si tuviese alguna duda, solicitaré
6. **Programas de salud.** Si decido ser parte de algún programa de salud, estoy de acuerdo en participar en las actividades respectivas y someterme a las pruebas y tratamientos correspondientes. Estas actividades, pruebas y tratamientos no sustituyen a los cuidados médicos de cabecera que pudiera yo necesitar. Tendré la posibilidad de rechazar cualquier tratamiento u otro tipo de actividad en cualquier momento que lo desee.
7. **Información personal.** Comprendo que Olimpiadas Especiales recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluyendo mi nombre, imagen, domicilio, número telefónico, expedientes y otros datos médicos o información que me identifique personalmente, que yo haya proporcionado a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Estoy de acuerdo y autorizo a Olimpiadas Especiales a:
 - Utilizar mi información personal para: Asegurarse de que soy elegible y de que puedo participar con seguridad; llevar a cabo eventos y sesiones de entrenamiento; compartir resultados de las competencias (incluyendo en sitios web y en medios de comunicación); administrarme cuidados médicos, si participo en un programa de salud; analizar información con el propósito de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, controles de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con los eventos.
 - Utilizar mi información de contacto para comunicarse conmigo respecto a Olimpiadas Especiales.
 - Compartir mi información personal con (i) investigadores, socios de negocios, agencias de salud pública y otras organizaciones que estén estudiando discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en caso de emergencia y (iii) autoridades gubernamentales para ayudarme a obtener las visas requeridas para viajes internacionales para asistir a eventos de las Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito requerido para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes gubernamentales y reportar información como lo exige la ley.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con oficinas centrales en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en países fuera de mi país de residencia, incluyendo Estados Unidos. Puede que esos no tengan el mismo nivel de protección de datos personales como en mi país de residencia y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos regirán el procesamiento de mi información personal tal como se indica en esta autorización.
 - Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o de ser informado sobre la información personal que esté siendo procesada sobre mí. Tengo el derecho de solicitar que se corrija y que se borre mi información personal y de restringir el procesamiento de mi información personal si es que no es consistente con esta autorización.
 - **Política de privacidad.** La información personal puede utilizarse y compartirse de conformidad con este formulario y como lo explica más detalladamente la política de privacidad de Olimpiadas Especiales, disponible en www.SpecialOlympics.org/Privacy_Policy.

Nombre del deportista:	Correo electrónico:
FIRMA DEL DEPORTISTA (obligatorio para deportistas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaré aclaración. Con mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.	
Firma del deportista:	Fecha:
FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL (obligatoria para deportistas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy el padre o tutor legal del deportista. Declaro que he leído y comprendo este formulario y que he explicado su contenido al deportista según corresponde. Con mi firma declaro estar de acuerdo con este formulario en mi nombre y en el del deportista.	
Firma del padre o tutor legal :	Fecha:
Nombre en letra impresa:	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, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta lo siguiente:

1. La participación incluye la posible exposición y contagio de una enfermedad infecciosa contagiosa, 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 y,
2. ASUMO CON CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS LOS RIESGOS MENCIONADOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS o de otros, y asumo toda la responsabilidad de mi participación, y
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 de inmediato al funcionario más cercano y,
4. Yo, para mí y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, POR ESTE MEDIO LIBERO Y EXONERO A 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, a la máxima extensión de 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 QUE LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA MOTIVACIÓN.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha en que fue firmado: _____

PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN)

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

Nombre del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha firmada: _____



Debe ser llenado por el deportista, el padre, tutor legal o cuidador y debe traerse al examen.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Nombre preferido: _____
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Género: Femenino Masculino Otro
 Correo electrónico: _____ No. de teléfono: _____ Celular Casa
 Postal address: _____ País: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Apellido: _____ No. de teléfono: _____ Celular Casa
 Relación con el deportista: padre o tutor legal Cuidador Familiar Proveedor de salud Entrenador Otro

Condiciones asociadas y requisitos - Marque todas las que correspondan:

Condiciones asociadas	Autismo	Parálisis cerebral	Síndrome de down	Epilepsia	Síndrome X Frágil
	Síndrome alcohólico fetal	Espina bífida	Síndrome Marfan	Otro	Ninguno
Especifique otros diagnósticos de discapacidad intelectual					

Dispositivos de asistencia y adaptaciones - ¿Utiliza alguno de los siguientes? (Marque todos los que corresponda):

Movilidad	Andador	Aparatos ortopédicos o muletas	Silla de ruedas	Prótesis	Ortésicos removibles	Ninguno
Dispositivos de ayuda	CPAP	Colostomía	Dentadura postiza	Inhalador	Lentes, lentes de contacto o gafas de protección	
	Ninguna					
Comunicación	Audífonos	Dispositivos de comunicación	Lenguaje de signos		Ninguno	
Aparatos médicos	Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)			Dispositivo implantable para convulsiones		
	Derivación VP	Estimulador de médula espinal		Marcapasos	Ninguno	

Enumere los requisitos dietéticos específico	
Otros aparatos de ayuda y adaptaciones	

Preguntas de salud general - ¿Ha sido alguna vez diagnosticado o ha experimentado alguno de los siguientes?

Presión alta	Sí	No	Enfermedad por calor	Sí	No
Cardiopatía	Sí	No	Enfermedad celíaca	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Bazo agrandado	Sí	No
Enfermedad de los riñones	Sí	No	Deficiencia auditiva	Sí	No
Trastorno hemorrágico	Sí	No	Deficiencia visual	Sí	No
Anemia	Sí	No	Osteoporosis	Sí	No
Asma	Sí	No	No verbal	Sí	No
¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o conmoción?				Sí	No
¿Le ha dicho un doctor que usted o alguien de su familia tienen rasgo drepanocítico o enfermedad drepanocítica?				Sí	No
¿Ha fallecido algún familiar por un problema cardíaco o por muerte súbita antes de los 50 años?				Sí	No
¿Nació usted sin un riñón, un ojo, un testículo o sin cualquier otro órgano?				Sí	No
¿Le ha dado COVID-19? (Opcional)				Sí	No
¿Ha recibido la vacuna contra la COVID-19? (Opcional)				Sí	No

¿Tiene alergia a algo de lo siguiente?	Polvo	Comida	Insectos	Animales	Plantas	Hierbas
	Pólen	Drogas o medicinas		Latex	Otro	Ninguno
Especifique si tiene alergias						

¿Ha tenido alguna cirugía?	Sí	No	Si respondió sí, enumere todas:
¿Ha tenido alguna vez un electrocardiograma (EKG) o una ecocardiografía (ECHO) anormal?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Ha limitado alguna vez un doctor su participación en deportes?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Tiene epilepsia o algún tipo de trastorno de convulsiones?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Se ha roto un hueso o dislocado una articulación?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Tiene alguna enfermedad hepática?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Tiene alguna enfermedad pulmonar?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Tiene alguna enfermedad cardíaca?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:
¿Tiene alguna condición de comportamiento, salud mental y/o sensorial?	Sí	No	Si respondió sí, especifique:

Medicación y tratamientos - Liste:

¿Está usted tomando alguna medicación o tratamiento bajo receta médica o sin receta médica? (Incluyendo píldoras anticonceptivas, insulina, multivitamínicos, inyecciones o pastillas para alergias, inhaladores para el asma, medicación para la epilepsia, medicación antiinflamatoria, suplementos de cualquier tipo, etc.) Liste:

Nombre de la medicación, vitaminas o suplementos	Dosis	Veces por día	Nombre de la medicación, vitaminas o suplementos	Dosis	Veces por día
---	-------	---------------	---	-------	---------------

Requisitos para la participación

Toda persona con discapacidad intelectual que tenga al menos ocho años es elegible para participar en Olimpiadas Especiales. Se considera que una persona tiene una discapacidad intelectual a efectos de determinar su elegibilidad para participar en Olimpiadas Especiales si esa persona cumple alguno de los siguientes requisitos: (1) La persona ha sido identificada por un organismo o profesional como persona con discapacidad intelectual, según lo determinen sus localidades; o (2) La persona tiene un retraso cognitivo, según lo determinen las medidas estandarizadas tales como pruebas de cociente inteligente o "IQ" u otras medidas generalmente aceptadas dentro de la comunidad profesional de ese país del Programa Acreditado como una medida fiable de la existencia de un retraso cognitivo; o (3) La persona tiene una discapacidad del desarrollo estrechamente relacionada. "Discapacidad de desarrollo estrechamente relacionada" significa tener limitaciones funcionales tanto en el aprendizaje general (como el cociente intelectual) como en las habilidades adaptativas (como en lo recreativo, el trabajo, la vida independiente, la autodirección o cuidarse a sí mismo). Sin embargo, las personas cuyas limitaciones funcionales se basan únicamente en una discapacidad física, conductual o emocional o en una discapacidad específica de aprendizaje o discapacidad sensorial, no podrán participar como deportistas de Olimpiadas Especiales, pero podrán ser voluntarios de Olimpiadas Especiales.

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): _____/_____/_____

Firma de la persona que llenó el formulario: _____

¿Ha sido llenado este formulario por otra persona que no sea el deportista? Sí No

Si el formulario ha sido llenado por otra persona que no sea el deportista, seleccione la relación con el deportista:

Relación con el deportista: Padre o tutor legal Cuidador Familiar Proveedor de salud Entrenador Otro

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA (DEBE SER LLENADA SOLO POR UN EXAMINADOR)

A ser llenado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes físicos y prescribir medicaciones. De ser necesario, utilice páginas adicionales para detallar información adicional sobre el deportista que Olimpiadas Especiales debiera saber.

Nombre y apellido del deportista: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Estatura (in/cm)	Peso (lb/kg)	Cintura Circunferencia (in/cm)	Temperatura (°F/°C)	Pulso (bpm)	O2Sat (%)	Presión arterial (mmHG)		Visión (de 20)	
						sistólico	diastólico	os	od

Médico			
Ojos, oídos, nariz y garganta: incluye pupilas y audición	Normal	Anormal	Resultados:
Corazón: Incluye soplo (auscultación de pie y de espaldas y ± valsalva)	Normal	Anormal	Resultados:
Abdomen	Normal	Anormal	Resultados:
Piel: HSV, MRSA, o tiña corporal	Normal	Anormal	Resultados:
Neurológico	Normal	Anormal	Resultados:
Musculoesquelético			
Cuello	Normal	Anormal	Resultados:
Espalda	Normal	Anormal	Resultados:
Hombro y brazo	Normal	Anormal	Resultados:
Codo y antebrazo	Normal	Anormal	Resultados:
Muñeca, mano y dedos	Normal	Anormal	Resultados:
Cadera y muslo	Normal	Anormal	Resultados:
Rodilla	Normal	Anormal	Resultados:
Parte inferior de la pierna y tobillo	Normal	Anormal	Resultados:
Pie y dedos de los pies	Normal	Anormal	Resultados:

ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA DEPORTES (DEBE SER LLENADO POR EL EXAMINADOR SOLAMENTE)

Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise con el deportista o solo con su tutor legal, los puntos de su historial médico antes de realizar el examen físico. Si un deportista necesita una evaluación médica más exhaustiva, proporcione información sobre el proveedor de salud certificado a continuación. Ese proveedor deberá llenar la derivación a continuación y un segundo médico por derivación deberá llenar la página 4.

Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción.

Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una futura evaluación o tratamiento de: _____

Medicamento no elegible pendiente de una evaluación más exhaustiva de:

Medicamento no elegible para participar en los siguientes deportes: _____

Medicamento no elegible para ningún deporte

He examinado al deportista cuyo nombre consta en este formulario y he completado la evaluación física de preparticipación. El deportista no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en los deportes detallados en este formulario. Si aparecieran condiciones después de que el deportista ha sido aprobado para participar, un médico podría anular la elegibilidad médica hasta que el problema sea resuelto y que las potenciales consecuencias le hayan sido explicadas completamente al deportista (y a sus padres o tutores legales).

Nombre del profesional médico: _____

Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del profesional médico: _____

NPI o número de licencia: _____

Tipo de licencia (MD, DO, NP, o PA): _____