



# Formulario de inscripción de atletas

Obligatorio para todos los atletas que participan en las Olimpiadas Especiales.

Programa local de Olimpiadas Especiales: \_\_\_\_\_

¿Eres un atleta nuevo en Olimpiadas Especiales? ☐ Sí ☐ No

**Información del atleta:** debe ser completada por el atleta o el padre/tutor/cuidador.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ☐ Móvil ☐ Teléfono fijo

Domicilio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor:** requerida si es menor de edad o tiene un tutor legal.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el deportista: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ☐ Móvil ☐ Teléfono fijo

Domicilio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

☐ Igual que el padre/tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ☐ Móvil ☐ Teléfono

Relación con el atleta: ☐ Padre/tutor ☐ Cuidador ☐ Miembro de la familia ☐ Proveedor de salud ☐ Entrenador ☐ Otro

**Condiciones asociadas - Obligatorias**

|                                                                       |                                             |                                             |                                        |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Condiciones asociadas                                                 | <input type="checkbox"/> Autismo            | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome Down | <input type="checkbox"/> Síndrome alcohol fetal |
| Marque todo lo que corresponda:                                       | <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> Espina Bífida      | <input type="checkbox"/> Epilepsia     | <input type="checkbox"/> Síndrome de X frágil   |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> Otro               | <input type="checkbox"/> Desconocido        |                                        |                                                 |
| Especifique otros diagnósticos de discapacidad intelectual conocidos: |                                             |                                             |                                        |                                                 |

**Dispositivos de asistencia y adaptaciones** - ¿Utiliza alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

|                                                |                                                                       |                                                         |                                                                                          |                                                          |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Movilidad                                      | <input type="checkbox"/> Caminador                                    | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos o muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas                                                 | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos removibles |
|                                                | <input type="checkbox"/> Prótesis                                     | <input type="checkbox"/> Ninguno                        |                                                                                          |                                                          |
| Ayudas para el estilo de vida                  | <input type="checkbox"/> CPAP                                         | <input type="checkbox"/> Dentadura postiza              | <input type="checkbox"/> Gafas, lentes de contacto o gafas protectoras                   |                                                          |
|                                                | <input type="checkbox"/> Ninguno                                      |                                                         |                                                                                          |                                                          |
| Comunicaciones                                 | <input type="checkbox"/> Audífono                                     | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación   | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas                                               | <input type="checkbox"/> Ninguno                         |
| Dispositivos médicos                           | <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardioversor implantable (ICD) |                                                         | <input type="checkbox"/> Dispositivo implantable para el tratamiento de las convulsiones |                                                          |
|                                                | <input type="checkbox"/> Derivación ventrículo peritoneal             | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     | <input type="checkbox"/> Ninguno                                                         |                                                          |
| ¿Tienes un requerimiento dietético específico? | <input type="radio"/> Sí                                              | <input type="radio"/> No                                | En caso afirmativo, especifique:                                                         |                                                          |
| ¿Usas otros dispositivos de asistencia?        | <input type="radio"/> Sí                                              | <input type="radio"/> No                                | En caso afirmativo, especifique:                                                         |                                                          |

## Preguntas generales de salud

|                                                                 |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene alguna afección cardíaca?                                | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene asma?                                                    | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene diabetes que requiere que te administres insulina?       | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene discapacidad visual?                                     | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene discapacidad auditiva?                                   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene algún trastorno hemorrágico?                             | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Alguna vez un médico ha limitado su participación en deportes? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo?          | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene enfermedad de células falciformes?                       | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

|                                                                         |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral?                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, sírvase especificar cuántos a lo largo de su vida: _____<br>Fecha de la última (mm/aaaa): _____                                                                                                                                                                               |
| ¿Tiene afecciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales?        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | If yes, please specify:                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un antídoto tipo EpiPen? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes:<br><input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos/drogas<br><input type="checkbox"/> Víveres <input type="checkbox"/> Látex<br><input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |

## Medicación y tratamiento - Por favor, enumere:

¿Estás tomando algún medicamento o tratamiento recetado o de venta libre? (Incluyendo píldoras anticonceptivas, insulina, inyecciones o píldoras multivitamínicas para la alergia, EpiPen, inhaladores para el asma, medicamentos para la epilepsia, medicamentos antiinflamatorios, suplementos de cualquier tipo, etc.)

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique:

| Nombre del medicamento, vitamina o suplemento | Dosificación | Veces al día |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------|
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |

| Nombre del medicamento, vitamina o suplemento | Dosificación | Veces al día |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------|
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |
|                                               |              |              |

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Este formulario está siendo completado por alguien que no sea el atleta? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, seleccione la relación con el atleta:

Relación con el deportista: ☐ Padre/tutor ☐ Cuidador ☐ Miembro de la familia ☐ Proveedor de salud ☐ Entrenador ☐ Otro

**Olimpiadas Especiales anima a todos los participantes a hacerse un examen físico anual.**

## EXENCIONES, LIBERACIONES Y POLÍTICAS

Por favor, lea la siguiente información y marque todas las casillas antes de firmar.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Capacidad de participación.** Soy físicamente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales y cumpliré con todas las reglas, requisitos y códigos de conducta aplicables.
2. **Autorización uso de imagen.** Doy permiso a Olimpiadas Especiales, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales, a los programas acreditados por Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales"), así como a los auspiciadores y socios oficiales de Olimpiadas Especiales que tengan autorización de Olimpiadas Especiales, para usar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras, información biográfica y material similar o relacionado (mi "imagen") para promover Olimpiadas Especiales y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales. Entiendo que mi imagen puede ser utilizada en todo tipo de medios de comunicación en campañas locales o globales, incluidas las de los auspiciadores y socios de Olimpiadas Especiales, pero entiendo que mi imagen no se utilizará para respaldar productos o servicios comerciales. Entiendo que no seré compensado por el uso de mi imagen.
3. **Atención de emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:  
☐ Tengo una objeción religiosa o de otro tipo para recibir tratamiento médico.  
☐ No doy mi consentimiento para las transfusiones de sangre.  
(Si alguna de las casillas está marcada, se debe completar un **FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**).
4. **Pernocte.** Para algunos eventos, es posible que se requiera alojamiento durante la noche. Si tengo preguntas, me pondré en contacto con mi Programa de Olimpiadas Especiales.
5. **Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Tengo el derecho de rechazar el tratamiento de la programación de salud (que es diferente de la atención médica secundaria o de emergencia) en cualquier momento".
6. **Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluyendo mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcione a Olimpiadas Especiales ("información personal").

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales:

- usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; llevar a cabo capacitaciones y eventos; compartir los resultados de los concursos (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, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
- usar mi información de contacto para comunicarse conmigo acerca de Olimpiadas Especiales.
- compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que estudian la discapacidad intelectual y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales 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 y reportar información según lo requiera la ley.
- Tengo derecho a solicitar ver mi información personal o a ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo derecho a solicitar que se corrija y elimine mi información personal, y a restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.

**Política de privacidad.** La información personal puede usarse y compartirse de acuerdo con este formulario y como se explica con más detalle en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

### SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL e INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (Solo para atletas con síndrome de Down)

Si yo (o el atleta) hemos sido diagnosticados o hemos experimentado alguno de los siguientes síntomas que han aumentado en gravedad en los últimos tres años: dificultad para controlar los intestinos o la vejiga; entumecimiento u hormigueo en piernas, brazos, manos o pies; debilidad en brazos, piernas, manos o pies; quemadura/hinches/pinzamiento del nervio, dolor en el cuello, la espalda, de los hombros, los brazos, las manos, los glúteos, las piernas o los pies; espasticidad o parálisis: debo obtener una revisión y el permiso de un médico con licencia para que autorice a entrenar y / o participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.

## RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD / ASUNCIÓN DE RIESGOS / INDEMNIZACIÓN

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en las actividades de Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad (incluidas las enfermedades transmisibles), lesiones (incluida la conmoción cerebral), discapacidad y muerte;
2. Si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo pondré en conocimiento del representante de Olimpiadas Especiales más cercano de inmediato; y
3. Entiendo los riesgos que implica la participación en las actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo plenamente todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. En la mayor medida de la ley, libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de instalaciones en las que se lleva a cabo cualquier actividad de Olimpiadas Especiales ("Exonerados") relacionados con cualquier responsabilidad, reclamo o pérdida en mi cuenta causada o presuntamente causada en su totalidad o en parte por los Exonerados, incluso si surgen de la negligencia de los Exonerados. He leído esta disposición de liberación de responsabilidad y asunción de riesgos, comprendo completamente sus términos, reconozco que he renunciado a derechos sustanciales al firmarla y la firmo libre y voluntariamente sin ningún incentivo. Además, acepto que si, a pesar de esta liberación, yo, o cualquier persona en mi nombre, presento una reclamación contra cualquiera de los Exonerados, indemnizaré y eximiré de responsabilidad a cada uno de los Exonerados de dichas responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de dicha reclamación. Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL ATLETA

(requerido para atletas adultos con capacidad para firmar documentos legales)

He leído y entiendo este formulario. Si tengo preguntas, las haré. Al firmar, acepto este formulario.

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FIRMA DEL PADRE/TUTOR

(requerido para el atleta que es menor de edad o carece de capacidad para firmar documentos legales)

Soy padre o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y he explicado el contenido al atleta según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi propio nombre y en nombre del atleta.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN (Opcional)

Olimpiadas Especiales quiere ayudar a nuestros atletas y sus familias a mantenerse sanos y felices. Es posible que participemos en estudios de investigación y compartiremos información para su posible participación. Todos los estudios serán revisados por el Director de Salud de Olimpiadas Especiales.

¿A usted o a su familia les interesaría aprender sobre estudios de investigación?

☐ Sí ☐ No

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

| Médico                                                                     |                                 |                                  |                   |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Ojos, oídos, nariz y garganta:<br>incluye pupilas y audición               | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Corazón: Incluye soplo (auscultación de<br>pie y de espaldas y + valsalva) | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Abdomen                                                                    | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Piel: HSV, MRSA, o<br>tiña corporal                                        | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Neurológico                                                                | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Musculoesquelético                                                         |                                 |                                  |                   |
| Cuello                                                                     | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Espalda                                                                    | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Hombro y brazo                                                             | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Codo y antebrazo                                                           | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Muñeca, mano y dedos                                                       | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Cadera y muslo                                                             | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Rodilla                                                                    | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Parte inferior de la pierna y tobillo                                      | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Resultados: _____ |
| Pie y dedos de los pies                                                    | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | 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.

- ☐ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción.
- ☐ Médicamente 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: \_\_\_\_\_
- ☐ Médicamente no elegible para participar en los siguientes deportes: \_\_\_\_\_
- ☐ Médicamente 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: \_\_\_\_\_

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

NPI o número de licencia: \_\_\_\_\_