

CLASE A VOLUNTARIADO Y REGISTRO DE SOCIO UNIFICADO



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):	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Deportes / Actividades:		
Raza/Origen Étnico (Opcional):		
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Mestizo (dos o más Razas) <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o Latino (especifica el grupo de origen: _____)		
Idioma (s) (opcional): Marca todos los que correspondan		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro(s) (por favor especificalo(s): _____)		
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:	Relación o Parentesco:	
<input type="checkbox"/> Igual que la información de contacto anterior		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> Igual que la del familiar / tutor		
Nombre:	Relación o Parentesco:	Teléfono:

✂ -----

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES (requerido para participantes de 18 años o más)	
Número de Seguridad Social:	
Número de licencia de conducir (si corresponde):	Estado de emisión:

Olimpiadas Especiales no mantendrá su número de Seguro Social ni su número de licencia de conducir en este formulario. Esta parte del formulario se separará y se destruirá una vez que se complete la verificación de antecedentes.

CLASE A VOLUNTARIADO Y REGISTRO DE SOCIO UNIFICADO



INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES (requerido para participantes de 16 años o más)		
¿Usas drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha sido acusado y / o condenado por negligencia, abuso o agresión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada alguna vez en alguna jurisdicción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> Necesidades dietéticas especiales:		
<input type="checkbox"/> Alergias:		
<input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia o implantables:		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta:		
<input type="checkbox"/> Condición del corazón:		
<input type="checkbox"/> Asma o afección respiratoria:		
<input type="checkbox"/> Condición de salud mental:		
<input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo:		
<input type="checkbox"/> Condición de salud mental:		
<input type="checkbox"/> Diabetes:		
<input type="checkbox"/> Anemia / rasgo de células falciformes:		
<input type="checkbox"/> Infección aguda		
<input type="checkbox"/> Falta el órgano (por ejemplo, bazo, riñón):		
<input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud:		
Indique a continuación cualquier medicamento, vitamina o suplemento dietético:		
Nombre de la Medicación	Dosis	Veces por día

Los Voluntarios y Compañeros Unificados de Clase A que tienen 18 años de edad o más deben completar la capacitación en línea sobre Conductas de Protección, a menos que sean estudiantes de secundaria actuales. Acceda a la capacitación sobre comportamientos de protección en www.specialolympics.org/protectivebehaviors.



Formulario de liberación: acepto lo siguiente:

- 1. Capacidad para participar.** Soy físicamente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.
- 2. Liberación de semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Special Olympics y a los Programas acreditados de Special Olympics (colectivamente, "Special Olympics") para usar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Special Olympics. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- 3. Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que hay riesgo de lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deportes con o después de una conmoción cerebral u otra lesión. Es posible que deba recibir atención médica si tengo una conmoción cerebral sospechosa u otra 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. 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 es común.)
- No doy mi consentimiento para las transfusiones de sangre. (No es común.)

(Si cualquiera de las casillas está marcada, se debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA).

- 5. Estancia de una noche.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo preguntas, las haré.
- 6. Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para actividades de salud, exámenes y tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir que no al tratamiento o a cualquier otra cosa en cualquier momento.
- 7. Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales 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 proporcione a Olimpiadas Especiales ("información personal").

Estoy de acuerdo y consiento a Olimpiadas Especiales:

- usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar capacitaciones 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 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.
- using my contact information for communicating with me about Special Olympics.
- compartir mi información personal de manera confidencial 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 fin de ayudar con cualquier visa requerida para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes gubernamentales y reportar información según lo exija la ley.
- Tengo derecho a solicitar ver mi información personal o 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 se puede usar y compartir 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.

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:
FIRMA DEL PADRE / TUTOR (obligatorio para atletas menores de edad o sin 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 representación del atleta.	
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación:



Renuncia y Liberación de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Acuerdo de Indemnización por Enfermedades Transmisibles

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 Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. La participación incluye la posible exposición y enfermedades infecciosas y/o transmisibles, incluidas, 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 A CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS DICHOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS u otros, y asumo toda la responsabilidad por 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 comunicaré al funcionario más cercano de inmediato; y,
4. Yo, por mí mismo y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, POR LA PRESENTE LIBERO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD a Special Olympics, Inc, Special Olympics Delaware, sus funcionarios, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("LIBERADOS"), CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE o pérdida o daño a personas o bienes, YA SEA DERIVADO DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS O DE OTRO MODO, en la mayor medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDUCTO.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha de firma: _____

PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA (MENORES DE 18 AÑOS EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN)
Esto es para certificar que yo, como padre/tutor, con responsabilidad legal por este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia/renuncia a mi hijo/tutelado, incluidos los riesgos de la presencia y participación y sus responsabilidades personales para adherirse a las normas y reglamentos para la protección contra las enfermedades transmisibles. Además, mi hijo/tutelado comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, mi cónyuge y mi hijo/tutelado, doy mi consentimiento y acepto su liberación provista anteriormente para todos los Liberados y yo, mi cónyuge y su hijo/tutelado liberan y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados por cualquier y todas las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo menor/tutelado en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA, en la máxima medida prevista por la ley.

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha de firma: _____