

REGISTRO DE ATLETAS JÓVENES

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE OLIMPIADAS ESPECIALES

Programa de Olimpiadas Especiales del Condado _____

Nombre de la Escuela/Head Start _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DE ATLETAS JÓVENES

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

<u>Sexo</u> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<u>Posee Discapacidad Intelectual o del Desarrollo</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>Talla de Camiseta</u> <input type="checkbox"/> Pequeño de Niño <input type="checkbox"/> Mediano de Niño <input type="checkbox"/> Grande de Niño
--	--	---

Favor marcar los elementos que quisiera fueran del conocimiento de Olimpiadas Especiales:

Requiere silla de ruedas y locaciones accesibles

Necesidades de Lenguaje: _____

Condiciones Médicas: _____

Dieta Especial: _____

Otros: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre _____

Relación con el Atleta Joven _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Provincia _____

Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Teléfono _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (otro aparte del Padre/Guardian; el Padre/Guradian será el primero en contactarse en caso de emergencia)

Nombre de Contacto _____

Relación _____

Teléfono _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ATLETAS JÓVENES

Yo soy el Padre o Guardian del Atleta Joven nombrado abajo y accedo a lo siguiente:

1. **Apto para Participar.** El Atleta Joven es apto para participar en Olimpiadas Especiales. Comprendo que hay riesgo de alguna lesión.
2. **Autorización de Fotografía.** Olimpiadas Especiales puede utilizar fotos, videos, nombre, voz y palabras del Atleta Joven para promover Olimpiadas Especiales.
3. **Cuidado de Emergencia.** Si llegase a existir una emergencia médica durante la participación del Atleta Joven en actividades de Olimpiadas Especiales en un momento donde el padre o guardián no está presente para tomar decisiones médicas, doy consentimiento del cuidado médico del Atleta Joven si fuese necesario, a menos que marque una de las siguientes casillas:
 - Tengo restricciones religiosas o de otra índole para rechazar cuidado médico para el Atleta Joven.
 - Doy consentimiento a tratamiento médico, pero no doy consentimiento para transfusiones de sangre para el Atleta Joven.
(Si cualquiera de estas dos Casillas es marcada, debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADO MÉDICO).
4. **Programas de Salud.** Si el Atleta Joven forma parte del programa de salud de Olimpiadas Especiales, doy consentimiento a actividades de salud, exámenes y tratamiento para el Atleta Joven. Esto no debe reemplazar su cuidado regular de salud. Puedo rechazar tratamiento para el Atleta Joven.
5. **Información Personal.** Yo comprendo que información personal puede ser utilizada y compartida por Olimpiadas Especiales para:
 - Asegurar que el Atleta Joven participe de manera segura;
 - Dirigir entrenamientos y eventos y compartir resultados;
 - Poner la información del Atleta Joven en un Sistema computarizado;
 - Proporcionar tratamiento médico, hacer referencias, consultar con doctores y recordarme servicios de seguimiento;
 - Investigar, compartir y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; y
 - Proteger la salud y seguridad, responder a solicitudes gubernamentales y reportar información requerida por ley.Puedo solicitar ver y cambiar información del Atleta Joven. Puedo solicitar limitar cómo será compartida la información.
6. **Concusiones.** Yo comprendo el riesgo de las concusiones y continuar hacer deporte con una concusión. El Atleta Joven puede que necesite tratamiento médico en caso de sospecha de concusión. El Atleta Joven pueda que tenga que esperar un periodo de 7 días o más y presentar la autorización de un doctor para realizar deporte nuevamente.

NOMBRE DEL ATLETA JOVEN: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

Soy el padre o guardián del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmarlo, accedo a lo dicho en el formulario de mi parte y de parte del Atleta Joven.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____ Relación: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ATLETAS JÓVENES