



# SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

[ ] Marque aquí si es un atleta NUEVO (Jamás participó en las Olimpiadas Especiales)

Por favor envíe a: [Información de contacto de la región/área]

**ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES:** Toda persona con una discapacidad intelectual es elegible para participar en las Olimpiadas Especiales. Se considera que una persona tiene una discapacidad intelectual si: 1) la persona ha sido identificada por una agencia o un profesional como un individuo con discapacidades intelectuales, 2) la persona tiene un atraso cognitivo, según determinación de medidas estandarizadas tales como pruebas de cociente intelectual u otras mediciones generalmente aceptadas como evaluaciones dignas de confianza que miden la existencia de un atraso cognitivo, o 3) la persona posee una discapacidad de desarrollo íntimamente relacionada. Una "discapacidad de desarrollo íntimamente relacionada" significa tener limitaciones funcionales tanto en el área del aprendizaje general (como el coeficiente intelectual) como en la de las capacidades adaptativas (como por ejemplo en la recreación, el trabajo, la vida independiente o el auto cuidado). Las personas cuyas limitaciones funcionales se basan únicamente en una discapacidad física, de comportamiento o emocional, o una discapacidad de aprendizaje o sensorial específica no son elegibles para participar en las Olimpiadas Especiales

**SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL ATLETA** *Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.*  
*Por favor escriba claramente con letra de molde en tinta azul o negra*

REGIÓN/ÁREA/LOCALIDAD DEL PROGRAMA \_\_\_\_\_ AÑO QUE EMPEZÓ OLIMPIADAS ESPECIALES: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ATLETA**

NOMBRE DEL ATLETA. (APELLIDO) \_\_\_\_\_ (PRIMERO) \_\_\_\_\_ (APODO) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No de SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

GENERO (marcar con un círculo) Hombre Mujer CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ (APT/SUITE) \_\_\_\_\_ TELEFONO PARTICULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ COD POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

COMPANIA DE SEGURO DE SALUD \_\_\_\_\_ No. de POLIZA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES ETNICOS: Afroamericano--[ ] Anglosajón--[ ] Asiático/Islas del Pacífico--[ ] Hispano--[ ] Nativo americano--[ ] Otro--[ ] \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL ATLETA**

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR**

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PADRE/MADRE/TUTOR**

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA**

CONTACTO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PARTICULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA  
Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Verificado por: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE SALUD DEL ATLETA**

Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.

Por favor escriba claramente con letra de molde en tinta azul o negra.

**HISTORIA MÉDICA****IMPORTANTE:** Todo cambio significativo en la salud o el estado del atleta debe ser evaluado por un profesional legalmente autorizado antes que el atleta siga participando.

	Si	No			Si	No
1 Enf. cardíaca/defecto cardíaco/presión alta			Problema nuevo	14 Alergia a los siguientes (sea específico)		
2 Dolor en el pecho o desmayos				Medicamento _____		
3 Ataques/epilepsia				Alimentos _____		
4 Diabetes				Mordeduras/picaduras de insecto _____		
5 Síndrome de Down				15 Dieta especial _____		
Se han hecho rayos x cervicales (cuello)				16 Resuello asmático causado por el ejercicio		
Inestabilidad atlaxoide				17 Tendencia a sangrar fácilmente		
6 Un padre/hermano murió por problema cardíaco (antes de los 40 años)				18 Problemas emocionales/psiquiátricos/de comportamiento		
7 Falta de un riñón o testículo				19 Afección grave de los huesos o articulaciones		
8 Contusión o lesión grave en la cabeza				20 Características o enfermedad de drepanocitosis		
9 Cirugía mayor o enfermedad grave				21 Audífono / Pérdida auditiva		
10 Golpe de calor/agotamiento				22 Lentes de contacto / anteojos		
11 Otro problema que interfiera con el deporte. Indique _____				23 Dientes postizos / Dentadura postiza		
12 Capacidad motriz limitada			24 Las vacunas (inmunizaciones) están al día			
13 Usa una silla de ruedas			25 Fecha de la última vacuna contra el tétano _____ / _____			

**COMENTARIOS ADICIONALES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** Por favor indique el nombre del medicamento, cantidad, fecha en que se le recetó y cantidad de veces que hace falta tomar el medicamento por día (en letra de molde)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUIÉN COMPLETÓ EL FORMULARIO (En gral. padre/madre/tutor o atleta adulto) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SI LA HISTORIA FUE FIRMADA POR EL ATLETA ADULTO – He revisado la historia médica del atleta cuya firma aparece arriba

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación con atleta (miembro de la familia, amigo, entrenador) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C – CERTIFICACIÓN MÉDICA**

Se exige una vez cada tres (3) años para todos los atletas.

DEBE SER REALIZADA Y COMPLETADA POR UN EVALUADOR MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO A EJERCER SU PROFESIÓN (MÉDICO, ASISTENTE DE MÉDICO O QUIROPRACTICO).

**NOTA A QUIEN HACE LA EVALUACIÓN:** Si el atleta tiene síndrome de Down, las Olimpiadas Especiales exigen un examen radiológico completo para verificar que no sufre una inestabilidad atlaxoide antes de participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, pueden causar una hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o parte superior de la columna. Se exige dicha evaluación radiológica para los siguientes deportes: gimnasia, pentatlón, estilo mariposa en natación, salto de trampolín en deportes acuáticos, salto en alto y fútbol.

EXAMEN BREVE ALT. \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ P.S. \_\_\_\_\_ Ojos/Nariz/Garg. \_\_\_\_\_ CORAZÓN \_\_\_\_\_ PULMONES \_\_\_\_\_

He revisado la información de salud que aparece arriba y he examinado al atleta indicado en la solicitud, y certifico que no existe razón médica alguna que impediría al atleta participar en las Olimpiadas Especiales.

**RESTRICCIONES**

\_\_\_\_\_

Firma del examinador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del examinador \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_



## CODIGO DE COMPORTAMIENTO DEL ATLETA

Las Olimpiadas Especiales se comprometen a mantener los mas altos ideales del deporte y exigen que todos los atletas respeten el deporte y las Olimpiadas Especiales y se atengan al siguiente codigo de comportamiento:

### **Respeto hacia los demits**

- Sere un buen deportista.
- Actuare de manera que genere respeto hacia mi persona, mis entrenadores, mi equipo y las Olimpiadas Especiales.
- Sere seguro y cortes hacia los demas.

### **Comportamientos positivos en el entrenamiento y la competici6n**

- Asistire con regularidad a sesiones de entrenamiento para mi deporte.
- Llegare puntualmente a todo entrenamiento o competicion.
- Aprendere y seguire los reglamentos de mi deporte.
- Escuchare y seguire las instrucciones de mis entrenadores y los funcionarios y hare preguntas cuando no entienda.
- Siempre me esmerare al maxima durante el entrenamiento y las competiciones.
- No "me desemperiere a menor nivel" en las competiciones preliminares solo para que me coloquen en una division de competicion final mas facil.
- Participare plenamente como miembro de mi equipo, incluyendo los viajes que realice con mi equipo y las noches que pase fuera de casa con mi equipo.

### **Tomar responsabilidad por mis actos**

- Obedecere todas las leyes y los reglamentos de las Olimpiadas Especiales
- Solo fumare en las areas designadas para hacerlo y no mientras este participando en un \_entrenamiento o competicion de las Olimpiadas Especiales.
- No bebere alcohol ni usare drogas ilegales en los eventos de las Olimpiadas Especiales.
- No usare malas palabras ni insultare a otros atletas, a los entrenadores, a los voluntarios o al personal.
- No pelearé con otros atletas, con los entrenadores, con los voluntarios o con erpersonal.
- No hare insinuaciones ni invitaciones de naturaleza sexual inapropiadas o no deseadas a otros.
- Respetare el reglamento de las Olimpiadas Especiales que indica que los atletas no pueden tener citas con los voluntaries.

Entiendo que si no obedezco este codigo de comportamiento, quedare sujeto a sufrir una gama de consecuencias impuestas por las Olimpiadas Especiales, incluyendo la posibilidad de que no se me deje participar.

---

Nombre del atleta o padre/madre/tutor en letra de molde

Fecha

---

Firma del atleta o padre/madre/tutor

Fecha

# FORMULARIO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD PARA LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O EL TUTOR

Yo soy el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_, el atleta menor de edad, en cuyo nombre he presentado la solicitud adjunta de participar en las Olimpiadas Especiales. Mediante el presente documento declaro que el atleta tiene mi permiso para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales.

Adicionalmente declaro y garantizo, según mi conocimiento y opinión, que el atleta es física y mentalmente capaz de participar en las Olimpiadas Especiales. Con mi autorización, un médico legalmente autorizado a ejercer su profesión ha revisado la información de la salud que contiene la solicitud del atleta y ha certificado, basándose en un examen médico independiente, que no existe evidencia médica alguna que impida la participación del atleta en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que, si el atleta tiene el síndrome de Down, él/ella no puede participar en deportes o eventos deportivos que, por su naturaleza, causan hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o columna vertebral superior, a menos que yo y dos médicos completemos el formulario "Descargo de responsabilidad especial para atletas con inestabilidad atloaxoide", disponible en el programa de las Olimpiadas Especiales del Sur de California, o el atleta se haya realizado un examen radiológico completo que establezca la ausencia de una inestabilidad atloaxoide. Entiendo que si opto por no completar el formulario "Descargo de responsabilidad especial para atletas con inestabilidad atloaxoide", que establece la ausencia de una inestabilidad atloaxoide, el atleta deberá someterse a un examen radiológico antes de poder participar en gimnasia, pentatlón, el estilo de natación mariposa, salto acuático desde trampolín, salto en alto y fútbol.

Mediante mi autorización para que participe el atleta, otorgo mi permiso específico, tanto durante como en cualquier momento posterior, para que las Olimpiadas Especiales utilicen la imagen, el nombre, la voz o las palabras del atleta ya sea en televisión, radio, películas, periódicos, revistas u otros tipos de medios de comunicación, y de cualquier forma, para publicitar o comunicar el propósito y las actividades de las Olimpiadas Especiales y/o solicitar los fondos necesarios para apoyar estos propósitos y actividades.

Si llegase a ocurrir una emergencia médica durante la participación del atleta en cualquiera de las actividades de las Olimpiadas Especiales en un momento en el que yo no esté personalmente presente para que se me consulte sobre la atención médica del atleta, mediante el presente documento autorizo a las Olimpiadas Especiales, en mi nombre, a tomar todas las medidas que sean necesarias para asegurar que el atleta reciba toda la atención médica de emergencia necesaria, incluyendo la internación en un hospital, que las Olimpiadas Especiales considere aconsejables para proteger la salud y el bienestar del atleta.

Yo soy el padre/madre (tutor) del atleta mencionado en esta solicitud. He leído y entiendo plenamente lo dispuesto en el descargo de responsabilidad incluido arriba, y le he explicado estas disposiciones al atleta. Mediante mi firma en este formulario de descargo, acepto lo dispuesto arriba en nombre propio y en nombre del atleta mencionado arriba.

Mediante el presente documento doy mi permiso para que el atleta mencionado arriba participe en los juegos, programas recreativos y programas de actividades físicas de las Olimpiadas Especiales.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD A SER COMPLETADO POR ATLETA ADULTO (SI NO HAY PADRE/TUTOR/CUSTODIO)

Yo, \_\_\_\_\_, tengo por lo menos 18 años de edad y he presentado la solicitud adjunta para participar en las Olimpiadas Especiales.

Declaro y garantizo que, según mi conocimiento y opinión, estoy física y mentalmente capacitado para participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También declaro que un médico legalmente autorizado a ejercer su profesión ha revisado la información de la salud que contiene mi solicitud y ha certificado, basándose en un examen médico independiente, que no existe evidencia médica alguna que impida mi participación en las Olimpiadas Especiales. Entiendo que, si tengo el síndrome de Down, no puedo participar en deportes o eventos deportivos que, por su naturaleza, causan hiperextensión, flexión radical o presión directa en el cuello o columna vertebral superior, a menos que yo y dos médicos completemos el formulario "Descargo de responsabilidad especial para atletas con inestabilidad atloaxoide", disponible en el programa de las Olimpiadas Especiales del Sur de California, o que me haya realizado un examen radiológico completo que establezca la ausencia de una inestabilidad atloaxoide. Entiendo que si opto por no completar el formulario "Descargo de responsabilidad especial para atletas con inestabilidad atloaxoide", que establece la ausencia de una inestabilidad atloaxoide, deberé someterme a un examen radiológico antes de poder participar en gimnasia, pentatlón, el estilo de natación mariposa, salto acuático desde trampolín, salto en alto y fútbol.

Las Olimpiadas Especiales cuentan con mi permiso, tanto durante como en cualquier momento posterior, para utilizar mi imagen, nombre, voz o palabras ya sea en televisión, radio, películas, periódicos, revistas u otros tipos de medios de comunicación, y de cualquier forma, para publicitar o comunicar el propósito y las actividades de las Olimpiadas Especiales y/o solicitar los fondos necesarios para apoyar estos propósitos y actividades.

Si, durante mi participación en las actividades de las Olimpiadas Especiales, llegase a necesitar tratamiento médico de urgencia y no puedo dar mi consentimiento u ocuparme en persona de hacer los trámites necesarios para recibir tratamiento a causa de mis lesiones, autorizo a las Olimpiadas Especiales a tomar todas las medidas que sean necesarias para proteger mi salud y bienestar, incluyendo, de ser necesario, mi internación en un hospital.

Yo, el atleta nombrado arriba, he leído este papel y entiendo completamente lo dispuesto por el descargo de responsabilidad que estoy firmando. Entiendo que mediante mi firma de este papel, indico que estoy de acuerdo con lo dispuesto por este descargo de responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ATLETA ADULTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Mediante el presente certifico que he revisado el descargo de responsabilidad con el atleta cuya firma aparece arriba. Basándome en esta revisión, opino que el atleta entiende este descargo de responsabilidad y ha aceptado sus condiciones.

NOMBRE (En letra de molde): \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ATLETA. (Por ejemplo, miembro de la familia, maestro, entrenador, etc.) \_\_\_\_\_