CLASE A VOLUNTARIADO Y REGISTRO DE SOCIO UNIFICADO

Special Olympics District of Columbia

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):	☐ **Femenino** ☐ **Masculino**	
Dirección:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**
Teléfono:	**Correo Electrónico:**	
Deportes / Actividades:		

Raza/Origen Étnico (Opcional):

☐ Nativo de Alaska / Indio Americano ☐ Asiático ☐ Mestizo (dos o más Razas)
☐ Afroamericano o Negro ☐ Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico
☐ Blanco ☐ Hispano o Latino (especifica el grupo de origen:_____)

Idioma (s) (opcional): Marca todos los que correspondan

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro(s) (por favor especifícalo(s):

Talla Camisa _____ (S, M, L, XL, 2XL, 3XL (adulto)

INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:	**Relación o Parentesco:**	
☐ **Igual que la información de contacto anterior**		
Dirección:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**
Teléfono:	**Correo Electrónico:**	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA ☐ **Igual que la del familiar / tutor**		
Nombre:	**Relación o Parentesco:**	**Teléfono:**

INFORMACIÓN NECESARIA PARA PARTICIPANTES EN EDAD ESCOLAR **(solo se requiere para participantes que asisten a la escuela)**

Tipo de afiliación escolar: marque al menos uno
__ Sociedad de Honor __ Consejo Estudiantil __ Comité de Activación Juvenil __ Best Buddies __ Otro

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES (requerido para volunt de 18 años o más)

Special Olympics DC utiliza una agencia privada para realizar verificaciones de antecedentes. SODC le enviará un correo electrónico con un enlace para completar este proceso.

CLASE A VOLUNTARIADO Y REGISTRO DE SOCIO UNIFICADO

Special Olympics District of Columbia

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES (requerido para participantes de 16 años o más)	
¿Usas drogas ilegales?	☐ Si ☐ No
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito penal?	☐ Si ☐ No
¿Alguna vez ha sido acusado y / o condenado por negligencia, abuso o agresión?	☐ Si ☐ No
¿Su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada alguna vez en alguna jurisdicción?	☐ Si ☐ 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:	
☐ Necesidades dietéticas especiales:	
☐ Alergias:	
☐ Dispositivos de asistencia o implantables:	
☐ Presión arterial alta:	
☐ Condición del corazón:	
☐ Asma o afección respiratoria:	
☐ Condición de salud mental:	
☐ Epilepsia o trastorno convulsivo:	
☐ Condición de salud mental:	
☐ Diabetes:	
☐ Anemia / rasgo de células falciformes:	
☐ Infección aguda	
☐ Falta el órgano (por ejemplo, bazo, riñón):	
☐ 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.

CLASE A VOLUNTARIADO Y REGISTRO DE SOCIO UNIFICADO

Special Olympics District of Columbia

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.

2. **Liberación de Semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los juegos de Olimpiadas Especiales / comités de organización locales, a los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente "Olimpiadas Especiales") ya los socios y patrocinadores de Olimpiadas Especiales a usar mi imagen, video, nombre, voz y palabras. e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales, recaudar fondos para Olimpiadas Especiales y reconocer el apoyo de socios y patrocinadores para Olimpiadas Especiales.

3. **Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar participando con una conmoción cerebral o una lesión, o posteriormente. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de 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. **Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para consentir o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre.

5. **Pernoctación.** Es posible que necesite pasar la noche en un hotel o en casa de alguien más, para participar en algunos eventos. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré.

6. **Programas de salud** Si participo en un programa de salud, consiento las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.

7. **Información Personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá mi información personal para que pueda yo participar, y que esta información incluye mi nombre, imagen, domicilio, número telefónico, expedientes y otros datos médicos, y otra información que me identifique personalmente, que yo he proporcionado a Olimpiadas Especiales ("información personal").
   - Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
     - usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos 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 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, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
     - usando mi información de contacto para comunicarme conmigo sobre Olimpiadas Especiales.
     - compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores como universidades y agencias de salud pública que estudian discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en caso de emergencia y (iii) autoridades gubernamentales con el fin de ayudar yo 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 de los gobiernos e informar sobre la información según lo exige la ley.
   - Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de pedir que se corrija y elimine mi información personal, y de 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 manera consistente con este formulario y como se explica en la política de privacidad de Special Olympics en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

8. **Autorización de verificación de antecedentes. [SE APLICA SOLAMENTE A ADULTOS]** Autorizo a Olimpiadas Especiales a realizar una verificación de antecedentes sobre mí. Esta verificación de antecedentes puede realizarse a través de un tercero. La verificación de antecedentes puede incluir una consulta sobre mi empleo, educación, manejo y / o antecedentes penales. Entiendo que Olimpiadas Especiales puede depender de la información proporcionada o descubierta para determinar si puedo participar en actividades de Olimpiadas Especiales. Al firmar a continuación, autorizo a los investigadores a realizar una verificación de antecedentes como se describe en este formulario. También autorizo a cualquier tercero o agencia que pueda estar en posesión de la información solicitada, a divulgar dicha información en relación con esta verificación de antecedentes.

9. **Exención de Responsabilidad.** Entiendo los riesgos involucrados con la participación en actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. Libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, y otros participantes ("Exoneración") relacionados con responsabilidades, reclamos o pérdidas en mi cuenta causadas o supuestamente causadas en su totalidad. o en parte por los lanzamientos. Además, acepto que, a pesar de esta divulgación, yo, o cualquier otra persona en mi nombre, presentamos una reclamación contra cualquiera de las Divulgaciones, indemnizaré y mantendré a salvo a cada una de las Exenciones de cualesquiera responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de tal reclamo Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.

Nombre:	
FIRMA DEL VOLUNTARIO (obligatorio para adultos mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)	
He leído y comprendo este formulario. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré. Al firmar, acepto este formulario.	
Firma del Voluntario / Socio Unificado:	**Fecha:**
FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio para participantes menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)	
Soy un padre o tutor del participante. He leído y entiendo este formulario y he explicado los contenidos al participante según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en nombre del participante.	
Firma del Padre / Tutor:	**Fecha:**
Nombre Impreso:	**Relación o Parentesco:**

Special Olympics District of Columbia

POLÍTICA DE RECONOCIMIENTO DE CONCUSIÓN Y SEGURIDAD

Objetivo

Es la intención de Olimpiadas Especiales tomar medidas para ayudar a garantizar la salud y seguridad de todos los participantes de Olimpiadas Especiales. Todos los participantes de Olimpiadas Especiales deben recordar que la seguridad es lo primero y deben tomar medidas razonables para ayudar a a minimizar los riesgos de conmoción cerebral u otras lesiones cerebrales graves.

Definiendo una Conmoción Cerebral

Una conmoción cerebral es definida por los Centros para el Control de Enfermedades como un tipo de lesión cerebral traumática causada por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza, así como golpes en serie en la cabeza. También pueden ocurrir conmociones cerebrales debido a un golpe en el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás, lo que hace que el cerebro rebote o se retuerza dentro del cráneo. Aunque las conmociones cerebrales generalmente no son potencialmente mortales, sus efectos pueden ser graves y, por lo tanto, se debe prestar una atención adecuada a las personas sospechosas de sufrir una conmoción cerebral.

Conmoción Cerebral Sospechada o Confirmada

Un participante que sea sospechoso de sufrir una conmoción cerebral en una práctica, juego o competición deberá ser retirado de la práctica, juego o competición en ese momento. Si un profesional médico calificado está disponible en el sitio para realizar una evaluación, esa persona tendrá la autoridad final en cuanto a la expulsión o el regreso del juego del participante. Si corresponde, se debe informar al padre o tutor del participante que se sospecha que el participante sufre una conmoción cerebral.

Volver a Jugar

Un participante que ha sido retirado de la práctica, el juego o la competencia debido a una sospecha de conmoción cerebral no puede participar en actividades deportivas de Olimpiadas Especiales hasta que ocurra cualquiera de los siguientes casos (1) al menos siete (7) días consecutivos han pasado desde que el participante fue retirado de play y un profesional médico calificado y con licencia actualmente proporciona autorización por escrito para que el participante regrese a la práctica, el juego y la competencia o (2) un profesional médico calificado y con licencia actual determine que el participante no sufrió una conmoción cerebral y proporciona autorización por escrito para el participante Para volver a practicar el juego de inmediato. La autorización por escrito en cualquiera de los escenarios anteriores se convertirá en un registro permanente.

El sitio web de los Centros para el Control de Enfermedades www.cdc.gov/concussionproporciona recursos adicionales relacionados con conmociones cerebrales que pueden ser de interés para los participantes y sus familias.