



¡Bienvenidos a las Olimpiadas Especiales de Carolina del

Olimpiadas Especiales de Carolina del Norte (SONC) es una organización sin fines de lucro que brinda entrenamiento y competencia deportiva a más de 45,000 niños y adultos con discapacidades intelectuales. En Carolina del Norte, se ofrecen 20 deportes durante todo el año; Las ofertas deportivas varían según el programa local (principalmente del condado).

Olimpiadas Especiales fue creada por la Fundación Joseph P. Kennedy, Jr. Olimpiadas Especiales de Carolina del Norte está autorizada y acreditada por Olimpiadas Especiales Inc. y está autorizada por la oficina del Secretario de Estado del Estado de Carolina del Norte y es una organización 501(c)3 según lo determine el Servicio de Impuestos Internos.

Los atletas de las Olimpiadas Especiales tienen oportunidades continuas para desarrollar su aptitud física, demostrar coraje, experimentar alegría y participar en el intercambio de dones, habilidades y amistad con sus familias, otros atletas de las Olimpiadas Especiales y la comunidad.

Para convertirse en un atleta de las Olimpiadas Especiales, comuníquese con el programa local de su condado. Una lista completa de la información de contacto está disponible en el sitio web en www.sonc.net.

Elegibilidad del atleta

El entrenamiento y la competencia de las Olimpiadas Especiales están abiertos a todas las personas con discapacidad intelectual que tengan al menos ocho años de edad. No hay límite máximo de edad. Las personas elegibles deben ser identificadas por una agencia médica o profesional con una [discapacidad intelectual](#). Algunos atletas de las Olimpiadas Especiales también pueden tener una discapacidad física, pero es su discapacidad del desarrollo la que los califica para participar en las Olimpiadas Especiales.

Los niños de dos a siete años pueden participar en el Programa de [Atletas Jóvenes](#) (hay un [formulario de inscripción diferente](#) para este programa).

Procedimiento de registro

Para convertirse en un nuevo atleta:

- Formulario de información básica e historial de salud (3 páginas):** Esta sección captura el historial de salud para comprender el estado de salud de un atleta. Esta sección debe ser completada por un padre/tutor o un atleta adulto que sea su propio tutor.
- Formulario de Liberación y Renuncia (2 páginas):** Este formulario repasa algunos detalles importantes sobre la participación en las Olimpiadas Especiales y requiere una firma. Esto solo tendrá que completarse una vez. El Formulario de Liberación/Renuncia le indica que complete otros formularios en ciertas situaciones. Estos se enviarán para que se completen caso por caso.
- Código de Conducta (1 página):** Es importante que todos tengamos expectativas claras de cómo actuamos y nos tratamos unos a otros. Si bien no se requiere una firma aquí, un coordinador local o entrenador puede pedirles a todos que firmen para indicar que están de acuerdo.

Este formulario es válido por un año. Después de la primera vez que un atleta complete este formulario completo, se le pedirá que complete un formulario de renovación simple cada año para continuar participando.

Envíe los formularios de inscripción a su coordinador local del programa: la información de contacto se puede encontrar en www.sonc.net.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ATLETA



Special Olympics
North Carolina

Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales (county/condado): _____

INFORMACIÓN DEL ATLETA		
Nombre:	Segundo Nombre:	
Apellidos:	Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Lugar de trabajo/escuela:		
Domicilio:		
Raza/Origen Étnico (Opcional):		
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		
<input type="checkbox"/> Oriente Medio/Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otro isleño del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
Idioma(s) habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano (ASL)		
<input type="checkbox"/> Otros (por favor enumere): _____		
¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)		
Nombre:		
Relación:		
<input type="checkbox"/> La misma información de contacto del Atleta		
Dirección. Calle y Número:		Ciudad:
Estado/provincia:	País:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
<input type="checkbox"/> La misma del Padre o Tutor		
Nombre:		
Teléfono:	Relación o Parentesco:	

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: _____ Fecha de la última (mm/aaaa): _____
¿Tiene afecciones conductuales, de salud mental y/o sensoriales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, especifique:
¿Tiene alergias graves que requieren el uso de un EpiPen?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	En caso afirmativo, especifique si se trata de alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos/drogas <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Víveres _____ Otros (especifique): _____

Medicación y tratamiento - Por favor, enumere:

¿Estás tomando algún medicamento o tratamiento recetado o de venta libre? (Incluyendo píldoras anticonceptivas, insulina, multivitamínicos, inyecciones antialérgicas o medicamentos inflamatorios, suplementos de cualquier tipo, etc.)

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Medicamentos, vitaminas o Nombre del suplemento	Dosificación	Horas por día

Medicamentos, vitaminas o Nombre del suplemento	Dosificación	Horas por 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 atención médica Coche Otro

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

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

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Capacidad de participación. Soy físicamente capaz de participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales y cumpliré con todas las reglas, requisitos y códigos de conducta aplicables.
2. Liberación de semejanza. 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 partidarios 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 partidarios y socios de las 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. 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".
5. Pernoctación. 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.
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 las 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 las 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 las Olimpiadas Especiales.
- compartir mi información personal de manera confidencial con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que estudian las discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de las 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 las 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 las Olimpiadas Especiales en 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/agujón/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 entrenar y / o participar en las actividades de las 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 las 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 las Olimpiadas Especiales más cercano de inmediato; y
3. Entiendo los riesgos involucrados con la participación en las actividades de las 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 la Liberados. 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 las Olimpiadas Especiales.

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

Sí No



Código de conducta para atletas y socios unificados

Todos los atletas de las Olimpiadas Especiales y los socios de Deportes Unificados aceptan el siguiente Código de Conducta:

DEPORTIVIDAD Y RESPETO POR LOS DEMÁS

- Practicaré el buen espíritu deportivo hacia mis compañeros participantes del programa local, los miembros del programa contrarios, los funcionarios, los voluntarios, el personal, los miembros de la familia y los espectadores en todo momento, incluso durante, antes y después de la práctica y la competencia.
- Actuaré de manera que me respete a mí, a mis entrenadores, a mi equipo y a las Olimpiadas Especiales.
- No usaré lenguaje inapropiado u ofensivo, incluyendo palabrotas o insultos a otras personas, en ninguna forma de comunicación.
- No pelearé con otros atletas, entrenadores, oficiales, voluntarios, personal, familiares o espectadores.
- Respetaré los derechos y la dignidad de todos los atletas, socios unificados, entrenadores, voluntarios, personal, familiares y espectadores en las Olimpiadas Especiales, y no participaré deliberadamente en comportamientos discriminatorios.
- Trataré a todos por igual y con respeto, independientemente de su género, identidad de género, orientación sexual, edad, raza, etnia, origen nacional, religión, capacidad o cualquier otra característica.

ENTRENAMIENTO Y COMPETICIÓN

- Entrenaré regularmente y aprenderé y seguiré las reglas de mi deporte.
- Escucharé a mis entrenadores y a los árbitros y haré preguntas cuando no entiendo.
- Siempre daré lo mejor de mí durante los entrenamientos, las divisiones y las competiciones.
- No me "detendré" en las preliminares solo para entrar en una serie/división final más fácil.
- Seguiré el protocolo de conmociones cerebrales de las Olimpiadas Especiales.

RESPONSABILIDAD DE MIS ACTOS

- Entiendo que todas las formas de comunicación entre yo y cualquier otro participante deben ser siempre apropiadas y respetuosas.
- No participaré en ninguna forma de abuso verbal, físico, psicológico, emocional o sexual, insinuaciones sexuales no deseadas o comportamiento de acoso, intimidación o novatadas en persona, a través de telecomunicaciones o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica, incluidos, entre otros, correo electrónico, mensajes de texto y redes sociales. No compartiré lenguaje inapropiado, comentarios despectivos o insultos, y/o imágenes inapropiadas.
- Entiendo que cualquier conexión en las redes sociales que haga con otros participantes de las Olimpiadas Especiales o miembros de la delegación en mis cuentas personales de redes sociales es mi elección y soy completamente responsable de todas esas comunicaciones y de a quién elijo ser amigo/seguir en las redes sociales.
- Sé que puedo informar a los líderes de las Olimpiadas Especiales de Carolina del Norte de inmediato, en cualquier momento durante mi experiencia, si siento que estoy experimentando acoso o comportamiento abusivo o irrespetuoso por parte de cualquier miembro de las Olimpiadas Especiales. También se lo diré a los líderes si me doy cuenta de que tal comportamiento ocurre entre otros participantes.
- Entiendo que cualquier forma de actividad sexual entre los participantes, incluidos los voluntarios y el personal, está estrictamente prohibida mientras se participa en cualquier actividad de las Olimpiadas Especiales.
- No beberé ni poseeré alcohol, fumaré (productos de tabaco, dispositivos de cigarrillos electrónicos), ni poseeré ni consumiré cannabis recreativo o productos a base de cannabis, ni tomaré drogas ilegales mientras represente a las Olimpiadas Especiales o participe en las actividades de las Olimpiadas Especiales.
- No tomaré drogas con el propósito de mejorar mi rendimiento.
- Seré honesto y comunicativo sobre cualquier necesidad o consideración médica o de comportamiento que pueda tener, y los posibles apoyos necesarios, que las Olimpiadas Especiales deben conocer para ayudar a garantizar la seguridad, la salud y la experiencia de todos los involucrados.
- Respetaré y no haré un mal uso de ningún equipo o propiedad que pertenezca a Olimpiadas Especiales o que se proporcione a Olimpiadas Especiales para su uso.
- Obedeceré todas las leyes aplicables en los lugares en los que participe, así como las normas y políticas operativas de las Olimpiadas Especiales.

Entiendo que si violo este Código de Conducta, estaré sujeto a una serie de consecuencias, que pueden incluir la prohibición de participar en las Olimpiadas Especiales.