



Special Olympics  
Illinois

# SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN OLIMPIADAS ESPECIALES DE ILLINOIS

Es obligatoria para todos los participantes una Solicitud de Participación válida  
605 E. Willow St. • Normal, IL 61761 • 309-888-2551

SO ILL Rev. 8-1-10

## INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre del atleta (apellido espacio nombre)

Nombre de la agencia

Domicilio Postal del Atleta

Ciudad del atleta

Estado

Código Postal

Ethnicity

Blanco

Negro/Afroamericano

Asiático

Etnicidad Hispano/Latino

Other

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD Y EMERGENCIAS (Requerido para Procesamiento)

En caso de emergencia

avisar a \_\_\_\_\_

Teléfono

de emergencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PATERNAL O DEL GUARDIÁN Y EL PERMISO PARA LA PRENSA

Yo, en mi propio nombre o como el suscrito padre/guardián legal del solicitante mencionado arriba (desde aquí en adelante referido como el "Participante") por el presente, pido permiso para la participación del entrante o Participante para que tome parte en los programas de Olimpiadas Especiales. Yo reconozco que Olimpiadas Especiales investigará a todos participantes utilizando el Registro Público de Infractores Sexuales o el Registro de Asesinatos a Menores y Delincuentes Violetos Contra Jóvenes y yo entiendo que todos participantes que aparecen en alguno de estos registros serán negados de participar. Yo afirmo que el presente participante nunca ha aparecido en los mencionados registros o, si el participante estuvo inscrito en cualquier de estos registros, entiendo que a los participantes inscritos en cualquier de estos registros se les negará participación. Afirmo que el presente participante nunca ha aparecido inscrito en los mencionados registros.

Yo represento y garantizo a ustedes que el Participante está física y mentalmente apto para participar en Olimpiadas Especiales, y entrego con esto un certificado médico del Participante. Entiendo que si el atleta tiene el Síndrome de "Down," él o ella no podrá tomar parte en los deportes o juegos que, por su propia naturaleza podrían resultar en hipertensión, flexión radical o presión directa en el cuello o la parte alta de la columna vertebral a menos que una radiografía establezca la ausencia de la Inestabilidad Atlanto-Axial. Estoy consciente de que los deportes o juegos para los cuales esta radiografía es necesaria son los deportes ecuestres, los ejercicios gimnásticos sin aparatos, los clavados, el pentatlón, la "mariposa" y los clavados básicos de la natación, el salto alto, la esquí de montaña, fútbol soccer, habilidades de fútbol soccer y halterofilia.

En nombre del Participante y del mio propio, reconozco que el Participante va a estar usando instalaciones por su propia riesgo y yo, por mi propia parte, doy permiso, descargo o exonero, y no cobraré ninguna indemnización a Olimpiadas Especiales por ninguna lesión a la persona o daño mi propiedad y del Participante. Al permitir la participación del Participante, estoy específicamente dando permiso a ustedes para usar la apariencia, la voz y las palabras del Participante en la televisión, radio, cine, periódicos, revistas y otros medios de información y en cualquier forma hasta ahora no descrita, para los propósitos de la publicidad o de comunicación de los propósitos y actividades de Olimpiadas Especiales y al pedir fondos para apoyar tales actividades. Tengo amplio conocimiento de que al firmar en el espacio provisto estoy dando mi consentimiento para que el principiante participe en el Programa de Atletas Sanos de Olimpiadas Especiales, mismo que proporciona pruebas individuales de estatus de salud y asesoría en cuanto a cuidados de salud. El Participante no tiene la obligación de participar y tengo amplio conocimiento de que yo debo consultar mi propia opinión y asistencia médica y de que Olimpiadas Especiales no se hace responsable por la salud del Participante. Si yo no estoy presente personalmente en las actividades de Olimpiadas Especiales en las cuales el Participante va a competir, como para consultármeme en caso de necesario, ustedes están autorizados en mi nombre y por mi cuenta a fin de tomar tales medidas y arreglar el tratamiento médico y hospitalización que ustedes juzguen aconsejable para la salud y el bienestar del Participante.

**YO, EL PARTICIPANTE ADULTO Y FIRMANTE** he leído y entiendo completamente las provisiones del permiso arriba mencionado y/o que me ha sido explicado. Yo, de esta manera estoy de acuerdo que yo y el Participante estaremos limitados y condicionados por este acuerdo y yo les defenderé a ustedes y no haré ningún cargo de cualquier desafiación que yo haga.

Entrante \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La dirección electrónica del participante \_\_\_\_\_

**YO, EL FIRMANTE PADRE Y/O GUARDIÁN LEGAL DEL PARTICIPANTE**, he leído y totalmente entendido las provisiones del permiso arriba mencionado y se las he explicado al Participante. Yo, de esta forma estoy de acuerdo que yo y el menor estaremos limitados por este acuerdo y yo les defenderé a ustedes y no haré ningún cargo de cualquier desafiación o afirmación contraria que el menor haga.

Firma del padre   
o guardián

(Márque con una cruz la casilla apropiada)

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La dirección electrónica de los padres \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA (SO ILL OFFICE)

## APROBACIÓN MÉDICA

(MEDICAL CLEARANCE)

### FAVOR DE CHEQUEAR LA INFORMACIÓN

MÉDICA (PLEASE CHECK MEDICAL INFORMATION)

Sí No

Síndrome de Down (Down Syndrome)

Si el atleta padece el Síndrome de Down, ¿se ha tomado y hecho radiografías, o rayos X de las vértebras C1-C2? (If athlete is Down Syndrome, have x-rays of the C1-C2 vertebrae been taken and examined?)

Fecha de los rayos X (Date of x-ray) \_\_\_\_\_

¿Tiene el atleta la aprobación de la Inestabilidad Atlanto-Axial? (Is the athlete clear of Atlantoaxial Instability?)

¿Es o tiene el atleta?: (Does the athlete have or is the athlete:)

Problemas del corazón (Heart Problems)

Diabético (Diabetic)

Epilepsia/Ataques epilepticos (Epileptic/Seizures)

Invidente (Blind)

Sordo (Deaf)

Hepatitis (Hepatitis)

Otros (Other) \_\_\_\_\_

Medicina que toma actualmente (Current Medication) \_\_\_\_\_ Dosis (Dosage) \_\_\_\_\_

Alergias a medicinas (si tiene alguna): (Allergies to medication, if any:)

Fecha de la última inyección para el Tetano (Date of last Tetanus shot:)

I have examined the above-named Entrant and, in my opinion, there is no mental or physical reason why he or she should not participate in the Special Olympics sports training and competition program. Further information will be forwarded if required. Current medication, if any, is specified with dosage on this application.

Examination Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Las firmas originales de los padres/tutores y doctores son requeridas por la oficina de las Olimpiadas Especiales de Illinois. Aquellas firmas que sean enviadas por fax no serán aceptadas.

# Instrucciones Para Completar La Solicitud De Participación

La Solicitud de Participación (SP) tiene que ser llenada completamente; no se aceptarán los formularios con secciones o documentos en blanco (excepción: la carta de la Oficina de Guardianía del Estado, 2A abajo).

Esta solicitud es válida durante dos años, a partir e incluyendo la fecha de la examinación física, sin importar la fecha de la firma del padre, guardián o del participante o entrante.

Las firmas del Padre/Tutor y Doctor deben ser originales y ambas firmas originales deben aparecer en el mismo documento de aplicación. Aquellas firmas que sean enviadas por fax no serán aceptadas.

Yo afirmo que este participante nunca ha aparecido inscrito en los mencionados registros o, si el participante fue listado en el Registro Público de Infractores Sexuales o el Registro de Asesinatos a Menores y Delincuentes Violetos Contra Jóvenes pero ha estado tachado de la lista, yo contactaré a Olimpiadas Especiales de Illinois para más instrucciones antes de entregar esta solicitud.

## INFORMACIÓN DEL ATLETA E INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD Y DE EMERGENCIA

1. La primera sección tiene que llenarse completamente. La información optativa sobre la etnicidad es solicitada para ayudar en los esfuerzos organizativos de divulgación.

## AUTORIZACIÓN PATERNAL Y/O DEL GUARDIÁN Y LA PUBLICACIÓN EN LOS MEDIOS

2. El padre o el guardián legal tiene que leer, firmar y fechar la Autorización Paternal o del Guardián y la Publicación en los Medios.

a. Esta sección debe firmarse y fecharse. Las omisiones o alteraciones en esta sección invalidarán la SP. (Excepción: Omisión del último párrafo sobre el tratamiento médico y la adhesión de un carta explicativa, el número de teléfono de emergencia durante las 24 horas de la Oficina de Guardianía del Estado. La carta explicatoria debe adjuntarse en la solicitud, a partir del 1o. de enero de 1987).

b. De los dos bloques de firma, solo debe completarse uno. Olimpiadas Especiales de Illinois trabajan bajo el entendido de que esta sección puede firmarse, ya sea por:

- El padre (biológico o adoptivo) a menos de que el atleta se la haya designado un guardián por parte del estado;

**O POR** • El guardián legal; esta persona debe ser asignada legalmente para el individuo;

**O POR** • El atleta, si él o ella es mayor de 18 años y no ha sido designado como que necesita de ello y que no tuvo que habersele asignado un guardián legal. Es necesaria la firma de un testigo, si la firma del atleta es ilegible (por ejemplo, si la firma del atleta es una "X").

## APROBACIÓN MÉDICA

3. Debe completarse, firmarse y fecharse la sección de la Aprobación Médica por un profesional médico con licencia para administrar exámenes físicos por el estado donde él o ella ejerce. A partir del 1o. de septiembre de 1990, e incluyéndolo, la Solicitud de Participación en Olimpiadas Especiales será la única forma de consentimiento médico que se aceptará como válida por Olimpiadas Especiales de Illinois.

Esta persona, al firmar la Aprobación Médica, está declarando que el atleta está en buena salud y que puede participar de manera segura en los entrenamientos y competencias de Olimpiadas Especiales. Se aconseja de manera muy especial que la persona que administra el examen físico posea lo siguiente:

- Formación y conocimientos en dispensar chequeos o exámenes físicos.
- Credenciales para administrar chequeos o exámenes que no comprometan su área de especialidad.

## DESPUÉS DE COMPLETAR LA SOLICITUD ...

4. Envíe la copia original de la Solicitud de Participación al Director de Área, quien mandará la solicitud a la oficina de Olimpiadas Especiales, Capítulo de Illinois. La oficina del Capítulo validará la Solicitud de Participación y mandará de regreso una copia de ésta con el sello de aprobado a SOAD (Director Deportivo de Olimpiadas Especiales). Una Solicitud de Participación no será validada sino hasta que toda la información sea correcta y completada en el formulario aprobado.

5. Olimpiadas Especiales de Illinois exige que todas las Solicitudes de Participación se presenten antes de y no después de la fecha límite establecida para la Solicitud Médica en un evento a nivel de campeonato del Capítulos (las Olimpiadas de Invierno, el Torneo Estatal de Baloncesto, las Olimpiadas de Verano, el Festival Deportivo en Exteriores, las Olimpiadas de Otoño, las Olimpiadas de Hockey Sobre Césped y las Olimpiadas de Bowling). Todas las solicitudes para el evento en cuestión deben ser validas una vez cumplida la competición del Capítulo.

Las Solicitudes de Participación para los atletas que toman parte en los Torneos de Distrito y en los Torneos Seccionales deben recibirse antes de la fecha límite de entrada o con los materiales de inscripción.

No se aceptarán las solicitudes archivadas o que se reciban por la fecha límite especificada.

