



FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA - COMPROBACIÓN DEL ATLETA

(Para ser completado por la firma del atleta en nombre propio.)

Para los atletas que necesitan la firma del padre / guardián, por favor vaya a la página siguiente.

Instrucciones: Llene este formulario solamente si no da su consentimiento a atención médica de emergencia por motivos religiosos o de otro tipo y ha marcado una casilla bajo la disposición de Atención de Emergencia en el Formulario de Liberación de Atleta.

Yo, _____, tengo al menos 18 años de edad y estoy de acuerdo con lo siguiente:
(El nombre del atleta aquí)

1. No Consentimiento a Atención Médica de Emergencia. Entiendo que el formulario de inscripción estándar para Olimpiadas Especiales en el norte de California y Nevada ("Olimpiadas Especiales") requiere que los atletas o sus padres o tutores acepten la atención médica de emergencia para el atleta si es necesario en una emergencia. Sobre la base de creencias religiosas o otras razones, no estoy dando mi consentimiento para recibir atención médica.

USTED DEBE VERIFICAR LA CAJA Y ESCRIBIR SUS INICIALES JUNTO A UNA DECLARACIÓN PARA CONFIRMAR SU INTENCIÓN:

NO CONSENTE DE NINGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO, INCLUSO EN UNA EMERGENCIA QUE AMEA LA VIDA. INICIALES: _____

NO CONSENTE DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS, INCLUSO EN UNA EMERGENCIA QUE AMEA LA VIDA. CONSENTE DE TODOS LOS OTROS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA. INICIALES: _____

2. **Instrucciones impresas.** Estoy de acuerdo en llevar instrucciones impresas que describan mis objeciones religiosas o otras al tratamiento médico y cómo deseo que Olimpiadas Especiales responda si me enfermo o me herido y no puedo hablar por mí mismo. Estoy de acuerdo en llevar estas instrucciones impresas conmigo en todo momento durante mi participación en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, incluyendo durante las comidas, en las noches de alojamiento, en las sesiones de entrenamiento y competiciones y durante los viajes hacia y desde las actividades de Olimpiadas Especiales.
3. **Acompañamiento de amigos o familiares.** Estoy de acuerdo en que estaré acompañado por un adulto amigo o miembro de la familia que es un voluntario registrado de Olimpiadas Especiales en todo momento durante mi participación en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, para que esta persona pueda asumir mi responsabilidad personal durante una emergencia médica donde estoy incapaz de hablar por mí mismo. Entiendo que si este amigo o miembro de la familia no está presente en todo momento, no se me permitirá participar en actividades de Olimpiadas Especiales y que no se harán excepciones.
4. **Sin garantía.** Entiendo que Olimpiadas Especiales no puede garantizar que la atención médica de emergencia será retenida si no llevo las instrucciones impresas o si el adulto acompañante no está presente y asumiendo activamente mi responsabilidad durante una emergencia médica en la que no puedo hablar por mí mismo.
5. **Liberación de responsabilidad.** Libero a Special Olympics Northern California, Inc., a sus empleados ya sus voluntarios de todas las reclamaciones que puedan surgir de tomar o no tomar medidas para proporcionarme atención médica de emergencia. Estoy de acuerdo con esta liberación porque he rechazado, a sabiendas y voluntariamente, dar permiso a las Olimpiadas Especiales para tomar medidas de emergencia, y estoy dirigiendo expresamente a Olimpiadas Especiales que no lo haga por motivos religiosos o de otro tipo.

He leído y entiendo esta versión. Al firmar, estoy de acuerdo con esta versión.

Firma del atleta: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA - COMPROBACIÓN DEL PADRE O TUTOR

(Para ser completado por el padre o guardián del atleta que es menor de 18 años o tiene un tutor legal)

Instrucciones: Llene este formulario solamente si no da su consentimiento a atención médica de emergencia por motivos religiosos o de otro tipo y ha marcado una casilla bajo la disposición de Atención de Emergencia en el Formulario de Liberación de Atleta.

Soy el padre / guardián de _____ (El "Atleta") y acepta lo siguiente:

1. **No Consentimiento a Atención Médica de Emergencia.** Entiendo que el formulario de inscripción estándar para Olimpiadas Especiales del Norte de California y Nevada ("Olimpiadas Especiales") requiere que los atletas o sus padres o tutores acepten la atención médica de emergencia para el atleta si es necesario en una emergencia. Sobre la base de creencias religiosas o otras razones, no estoy dando mi consentimiento a la atención médica de emergencia de la siguiente manera.

USTED DEBE VERIFICAR LA CAJA Y ESCRIBIR SUS INICIALES JUNTO A UNA DECLARACIÓN PARA CONFIRMAR SU INTENCIÓN:

NO CONSENTE DE NINGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO, INCLUSO EN UNA EMERGENCIA QUE AMEA LA VIDA. INICIALES: _____

NO CONSENTE DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS, INCLUSO EN UNA EMERGENCIA QUE AMEA LA VIDA. CONSENTE DE TODOS LOS OTROS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA. INICIALES: _____

2. **Acompañamiento del Atleta.** Estoy de acuerdo en estar presente con el Atleta en todo momento durante cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, de modo que pueda estar fácilmente disponible para asumir la responsabilidad personal del Atleta si surge una emergencia médica. Esto incluye durante las comidas, en las habitaciones durante la noche, en las sesiones de entrenamiento y competiciones, y durante los viajes hacia y desde las actividades de las Olimpiadas Especiales. Entiendo que esto requerirá que yo sea un voluntario registrado y autorizado en el Programa de Olimpiadas Especiales. Entiendo que si no estoy presente en todo momento, entonces otro voluntario adulto registrado debe ser proporcionado por mí para acompañar al atleta o el atleta no se le permitirá participar en las actividades de Olimpiadas Especiales, y entiendo que no se harán excepciones .

3. **Sin garantía.** Entiendo que Olimpiadas Especiales no puede garantizar que la atención médica de emergencia será retenida si no estoy presente y asumo activamente la responsabilidad personal del atleta durante una emergencia médica.

4. **Liberación de responsabilidad.** En nombre de mí mismo y del Atleta, libero a Special Olympics Northern California, Inc., a sus empleados ya sus voluntarios de todas las reclamaciones que puedan surgir por tomar o no tomar medidas para proporcionar al Atleta atención médica de emergencia. Estoy de acuerdo con esta liberación porque me he negado, a sabiendas y voluntariamente, a dar permiso a las Olimpiadas Especiales para tomar medidas de emergencia, y estoy dirigiendo expresamente a Olimpiadas Especiales que no lo haga por motivos religiosos o de otro tipo.

Estoy autorizado para entrar en este lanzamiento en nombre del atleta. He leído y comprendido este comunicado y he explicado el contenido al atleta según corresponda. Al firmar, estoy de acuerdo en que esta Liberación será obligatoria para mí, el Atleta, y nuestros respectivos herederos y representantes legales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación: _____