



Las nuevas solicitudes caducan cada tres (3) años a partir de la Fecha de Firma del Examinador (Sección G, Punto 24)
Las solicitudes de renovación expiran tres (3) años a partir de la Fecha de Firma (Sección F, Item 4)

SONC USE ONLY: Date received:	Participation Approval Sent on:	GMS Entered on:	Scanned on:	Restrictions (E/G/H):	MISSING INFO (Circle applicable): A B D E F G H
<input type="text"/>	1 ST FOLLOW UP:		2 nd FOLLOW UP:		

INSTRUCCIONES (utilice tinta azul o negra si se completa a mano):

- Esta solicitud puede ser completada en su computadora, incluyendo firmas y fechas, con la excepción de la sección H que requiere la terminación escrita por el examinador médico. Por favor guarde una copia para sus registros.
- Para los nuevos atletas: COMPLETE** Secciones A, B, C, D, E, G y H. **Se requieren firmas y fechas para las secciones E y H.**
- Para Atletas Renovadores (atletas cuya Solicitud expiró en los últimos 12 meses, o cuya Solicitud aún no ha expirado): COMPLETE** Secciones A, B, C, D, E y F. Basándose en la respuesta de la Sección F, **COMPLETE** las Secciones G y H si procede, incluyendo **FIRMAS y FECHAS. FIRMA y FECHA** se requieren para la Sección F.
- Enviar solicitud por correo electrónico, fax o correo electrónico: AthleteApplication@sonc.org Fax: (925) 887-6569. Las aplicaciones enviadas agregarán una semana al tiempo de procesamiento: **SONC, Attn: Athlete Application, 3480 Buskirk Ave. #340, Pleasant Hill, CA 94523**
- La versión electrónica de esta solicitud y los formularios adicionales (formulario "AAI" que se menciona en la sección G y el formulario de "rechazo de atención médica de emergencia" al que se hace referencia al final de la sección E) se pueden obtener visitando www.BecomeAnAthleteSONC.org. **Las solicitudes incompletas no serán procesadas.**

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE ATLETA Y EMERGENCIA (*Campos requeridos)

Complete todos los elementos de esta sección. Si no se aplica determinada información para un campo obligatorio (*), escriba "N / A". Si el Número de Póliza de Seguro de Salud es un Número de Seguro Social, escriba "Igual que SSN".

1. CONDADO Participante*:	8. Género*: Hembra Masculino
2. Apellido*:	9. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:
3. Nombre de pila*:	10. Teléfono Preferido*:
4. Dirección de correo electrónico*:	11. Nombre del Contacto de Emergencia*:
5. Número y proveedor de seguro médico:	12. Teléfono de Emergencia*:
6. Dirección de envío*:	
7. Ciudad*, Estado*, Código postal*:	13. Teléfono alternativo:

SECCIÓN B: INFORMACIÓN PRIMARIA DEL PADRE / TUTOR(*Campos requeridos)

Complete todos los elementos de esta sección. Si no se aplica determinada información para un campo obligatorio (*), ingrese "N / A". Si alguno de los elementos siguientes es el mismo que en la Sección A, escriba "Igual". **Para atletas adultos independientes que no tienen un tutor, por favor ingrese "N/A."**

1. Nombre del Padre / Guardián (Primer Apellido)*:	2. Relación*:
3. Dirección de envío*:	
4. Ciudad*, Estado*, Código postal*:	5. Teléfono Preferido*:
6. Dirección de correo electrónico*:	7. Teléfono alternativo:

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL PREPARADOR DE LA SOLICITUD

1. Si no es padre, solicitud preparada por (Primer Apellido):	2. Teléfono :
3. Correo electrónico del preparador de aplicaciones:	

SECCIÓN D: ALERGIAS, DIETA ESPECIAL Y MEDICAMENTOS (*Campos requeridos)

Complete todos los elementos de esta sección. Por favor, marque "Sí" o "No" para los puntos 1 a 3. Por favor adjunte una página separada si se necesita espacio adicional.

Sí	No	Si marca "Sí" en cualquiera de los siguientes, por favor haga una lista.	Medicación	Dosificación	Fecha Prescrita	Tiempos por día
		1. Dieta especial*:				
		2. Alergias*:				
		3. Medicamentos recetados * (Si la respuesta es Sí, lista a la derecha)				

Nombre del Atleta (Apellido, Primer): Condado Participante: **SECCIÓN E: CÓDIGO DE CONDUCTA DE LOS OLIMPICIOS ESPECIALES****(**Firma requerida y fecha)**

Atletas adultos independientes, Los Padres / Guardianes de Atletas Menores y Guardianes Legales de Atletas Adultos deben leer y revisar tanto el Código de Conducta de los Atletas como el Relevé de Olimpiadas Especiales y deben firmar y fechar los puntos 1 y 2 a continuación.

CÓDIGO DE CONDUCTA DEL ATLETA:

El Código de Conducta del Atleta mantiene a todos los atletas de Olimpiadas Especiales a los más altos estándares de competencia de acuerdo con el espíritu olímpico. Todos los competidores de Special Olympics Embajadores del movimiento de las Olimpiadas Especiales en todo el mundo. Como atleta de Olimpiadas Especiales, prometo que:

DEPORTES - Practicaré buen espíritu deportivo. • Actuaré de manera que me traiga respeto, mis entrenadores, mi equipo y Olimpiadas Especiales. • No usaré lenguaje malo. • No voy a jurar o insultar a otras personas. • No pelearé con otros atletas, entrenadores, voluntarios o personal.

FORMACIÓN Y COMPETENCIA - Me entrenaré regularmente. • Aprenderé y seguiré las reglas de mi deporte. • Escucharé a mis entrenadores y los oficiales y haré preguntas cuando no entender. • Siempre haré todo lo posible durante el entrenamiento, la división y las competiciones. • No voy a "contenerme" en preliminares sólo para entrar en un calor final más fácil.

RESPONSABILIDAD POR MIS ACCIONES - No haré avances físicos, verbales o sexuales inadecuados o no deseados sobre otros. • No fumo en áreas de no fumadores. • Voy a No beba alcohol o use drogas ilegales en eventos especiales olímpicos. • No tomaré drogas con el propósito de mejorar mi desempeño. • Obedeceré todas las leyes y Olimpiadas Especiales reglas.

YO ESTOY DICHIENDO QUE - Estoy de acuerdo en obedecer este Código de Conducta de Atleta. • Entiendo las palabras y el significado del Código de Conducta del Atleta. • Entiendo que este Código de Atleta De conducta es una guía general para mi conducta y no describe todos los tipos de buenos y malos comportamientos. • Entiendo que si no obedezco este Código de Conducta del Programa o un Comité Organizador de Juegos para los Juegos Mundiales puede no permitirme participar.

LANZAMIENTO DE SPECIAL OLYMPICS

Tal como se usa en este documento, "I" y "mi" se refieren a (1) el atleta mencionado arriba si el atleta es mayor de 18 años y no está sujeto a tutela legal, O (2) el atleta nombrado arriba Y el padre o guardián de ese Atleta, si el atleta es menor de 18 años o sujeto a tutela legal.

Yo represento y garantizo que, a mi leal saber y entender, soy físicamente y mentalmente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales. También represento que, si se trata de una solicitud inicial (nueva), un profesional médico con licencia ha revisado la información de salud contenida en mi solicitud y ha certificado, basado en un examen médico independiente, que no hay evidencia médica que me impida Participando en Olimpiadas Especiales. Entiendo que si tengo Síndrome de Down, no puedo participar en deportes o eventos que, por su naturaleza, resulten en hiper-extensión, flexión radical o presión directa en mi cuello o columna vertebral, a menos que yo y dos profesionales médicos autorizados hayan completado el examen. "Special Release for Athletes with Atlanto-Axial Instability" (Forma AAI), disponible en www.BecomeAnAthleteSONC.org, o he tenido un examen radiológico completo que establece la ausencia de la Inestabilidad Atlanto-Axial. Soy consciente de que si tengo Síndrome de Down y no cumplo con los requisitos de la oración anterior, entonces no puedo participar en Olimpiadas Especiales de esquí alpino, pentatlón, salto de altura, golpes de mariposa o salidas de buceo en deportes acuáticos y fútbol.

Olimpiadas Especiales y sus agentes tienen mi permiso para usar mi imagen, nombre, voz o palabras en la televisión, radio, cine, periódicos, revistas y medios electrónicos y otros, y en cualquier forma, con el propósito de anunciar o comunicar el Propósito y actividades de Olimpiadas Especiales y / o solicitar fondos para apoyar esos propósitos y actividades.

Entiendo que los deportes de Special Olympics pueden incluir actividades que requieren una estancia de una noche. Sé que este Programa de Olimpiadas Especiales tiene una política escrita relativa a las asignaciones de vivienda durante la noche, cuya política está disponible para mi revisión.

INFORMACIÓN A CONSIDERAR SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Consiento el cuidado médico si es necesario en una emergencia, a menos que marque esta casilla:

NO consiento en recibir tratamiento médico por razones religiosas u otras razones.

Si esta casilla está marcada, complete el Formulario de "rechazo de atención médica de emergencia" disponible www.BecomeAnAthleteSONC.org

LIBERTAD ESPECIAL DE OLIMPIADAS Y CÓDIGO DE CONDUCTA DE LAS CIRCUNSTANCIAS

PARA ATLETAS ADULTOS INDEPENDIENTES (mayores de 18 años): Yo, el atleta mencionado arriba, he leído este documento y entiendo completamente las provisiones del Código de Conducta del Atleta y la Liberación de Olimpiadas Especiales. Entiendo que al firmar este documento, estoy diciendo que estoy de acuerdo con todas las disposiciones del Código de Conducta del Atleta y la liberación de Olimpiadas Especiales.

PARA ATLETAS MENORES (menores de 18 años) o ATLETAS ADULTOS CON GUARDIANES LEGALES: Yo soy el padre/guardián del atleta mencionado arriba. He leído este documento y entiendo completamente las disposiciones del Código de Conducta del Atleta y la liberación de Olimpiadas Especiales (OE), y he explicado estas provisiones al atleta. Entiendo que al firmar este documento, estoy diciendo que estoy de acuerdo con todas las disposiciones del Código de Conducta del Atleta y la liberación de OE.

1. FIRMA del Atleta Adulto Independiente, Padre / Guardián del Atleta Menor o Tutor Legal del Atleta Adulto**:		2. Fecha**:	
--	--	-------------	--

SECCIÓN F: PARA RENOVAR A LOS ATLETAS SOLAMENTE (Firma y fecha requeridas)**

Si está renovando una solicitud que aún no ha expirado o expirado en los últimos 12 meses, complete esta sección.

Si su solicitud expiró hace más de 12 meses, omita esta sección y complete el resto de la solicitud (Sección G y Sección H).

1. A partir de la fecha de su última solicitud, sírvase indicar si ha habido o no cambios en el "historial de salud del deportista" (consulte la sección F de esta solicitud) y / o el "examen físico por un examinador médico con licencia" Sección H en esta Aplicación).

Sí: Ha habido cambios en el "historial de salud del atleta" y/o "examen físico por un examinador médico licenciado" No:

No ha habido cambios en el "historial de salud del atleta" y / o "Examen físico por un Examinador Médico Licenciado"

2. Si marcó "Sí" para el Artículo 1, omita el resto de esta Sección y proceda a la Página 3 (Sección F y Sección G de este formulario). Si marcó "No" para el Artículo 1, por favor Firme y Fecha los Artículos 3 y 4 a continuación e ignore la Página 3.

3. FIRMA del Atleta Adulto Independiente, Padre/Guardián del Atleta Menor o Tutor Legal del Atleta Adulto**:		4. Fecha**:	
--	--	-------------	--

*Campos requeridos **Firma y fecha requeridas (Firmas y firmas manuscritas o mecanografiadas Las fechas son aceptables)

Revised 3.7.17

Página 2 de 3

Por favor guarde una copia para sus registros. Envíe las solicitudes completadas a través de uno de los siguientes métodos: Correo electrónico: AthleteApplication@sonc.org o Fax: (925) 887-6569 o Correo: Special Olympics Northern California (SONC), Attn: Athlete Application, 3480 Buskirk Ave. # 340, Pleasant Hill, CA 94523

Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Se mantendrán en archivo durante un año a partir de la fecha de presentación, y luego serán destruidos.

SECCIÓN G: HISTORIA DE LA SALUD DE LOS ATLETAS (* Campos Obligatorios)

Por favor complete esta sección usando la información médica más reciente para el atleta listado.

Yes No

1a. Síndrome de Down * (Si la respuesta es Sí, pase a 1b Si no, pase a 2.)

1b. ¿Se ha realizado una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial?

Si no, el atleta no puede participar en los siguientes eventos deportivos: esquí alpino, pentatlón, salto de altura, golpe de mariposa y salidas de buceo en deportes acuáticos y fútbol.

1c. ¿La radiografía fue positiva para la Inestabilidad Atlante-Axial (AAI)?

(Si la respuesta es Sí, complete el "Formulario de AAI" que puede encontrar en www.BecomeAnAthleteSONC.org Si no, o si ya tiene un "Formulario de AAI" en el archivo con SONC, proceda a 2.)

2. Espectro Autista*

3. Utiliza silla de ruedas*

4. Problemas emocionales / psiquiátricos / conductuales

5. Requiere Supervisión Constante

6. Convulsiones / Epilepsia / Desmayos*

7. Enfermedad cardíaca / Defecto cardíaco / Presión arterial alta*

Yes No

8. Dolor de pecho*

9. Rasgo / enfermedad de la célula falciforme*

10. Diabetes*

11. Utiliza tabaco*

12. Pérdida de la audición / ayuda auditiva*

13. Ceguera / problemas visuales

14. Lentes de contacto / los anteojos*

15. Problema óseo / articular*

16. Conmoción cerebral / Lesión grave en la cabeza*

17. Cirugía Mayor / Enfermedad Grave*

18. Accidente de calor / Agotamiento*

19. Asma*

20. Sangrado fácil*

21. Inmunizaciones hasta la fecha*

22. Inmunización del tétanos (mm/dd/yyyy)*: _____

SECTION H: PHYSICAL EXAMINATION BY LICENSED MEDICAL EXAMINER**(***Required and Must be Handwritten by Examiner)**

The licensed medical examiner is required to complete this section (Items 1-24) by hand. The listed athlete must have been evaluated by the examiner within the last six (6) months; otherwise a new examination is required. A stamp may be used for the Clinic information (Items 20-21).

Normal Abnormal

 1. Vision*** 2. Hearing*** 3. Oral Cavity*** 4. Neck*** 5. Extremities*** 6. Cardiovascular System *** 7. Respiratory System***

Normal Abnormal

 8. Gastrointestinal System*** 9. Genitourinary System*** 10. Skin*** 11. Cranial Nerves*** 12. Coordination*** 13. Reflexes***

14. Height*** _____

15. Weight***: _____

16. Blood Pressure***: _____

17. Primary MR Etiology/Category (If Known)***: _____

18. Sport(s) Restrictions: _____

19. Other: _____

20. Clinic Name* & Phone***: _____

21. Clinic Full Address***: _____

I have reviewed the above health information and have performed the above examination on this athlete within the past six months and certify that the athlete can participate in Special Olympics.

22. Medical Examiner's Full Name (Print)***: _____

23. Signature***: _____

24. Signature Date***: _____