



FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Instrucciones: Solo complete este Formulario de Rechazo Médico de Emergencia (este "Formulario") si no da su consentimiento para recibir atención médica de emergencia por motivos religiosos o de otro tipo y ha marcado una casilla debajo de la disposición de Atención de Emergencia en el Formulario de Registro de Atletas de Olimpiadas Especiales ("Formulario de Registro de Atletas").

Soy un atleta de Olimpiadas Especiales con la capacidad de firmar documentos legales en mi propio nombre y acepto lo siguiente; o soy el Padre/Tutor del Atleta mencionado a continuación que es menor de edad o carece de la capacidad para firmar documentos legales y acepto lo siguiente en su nombre.

1. **No dar su consentimiento para recibir atención médica de emergencia.** Entiendo que el formulario de Registro de Atletas requiere que los Atletas o sus Padres/Tutores den su consentimiento para recibir atención médica de emergencia para un Atleta de ser necesario ante una emergencia. Basado en mis creencias religiosas y/u otras razones, **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir atención médica de emergencia en una emergencia.

DEBE MARCAR LA CASILLA Y ESCRIBIR SUS INICIALES JUNTO A UNA DECLARACIÓN PARA CONFIRMAR SU INTENCIÓN DE NO DAR SU CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

- ☐ NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA NINGÚN TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, NI SIQUIERA EN UNA EMERGENCIA QUE PONGA EN PELIGRO MI VIDA. **INICIALES:** _____
- ☐ NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE, NI SIQUIERA EN UNA EMERGENCIA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA. **INICIALES:** _____

2. **Asunción de riesgos; Renuncia y Liberación de Responsabilidad; Indemnización.** Entiendo los riesgos involucrados con la participación en las actividades de Olimpiadas Especiales y acepto y asumo completamente todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. Al marcar una o más de las casillas y agregar mis iniciales en la Sección 1 (mas arriba), en la mayor medida de la ley, libero y acepto no demandar a SOI, a cualquier Programa de Olimpiadas Especiales (un "Programa" o "Programas"), al Comité Organizador Local u otra organización de Olimpiadas Especiales, o a sus directores, agentes, voluntarios y empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de locales (colectivamente, los "Exonerados") por cualquier reclamo que pueda surgir de tomar o no tomar medidas para brindarme atención médica de emergencia, incluso si surgen de la negligencia de los Exonerados. Estoy de acuerdo con esta liberación, y reconozco que he renunciado a derechos sustanciales, porque me he negado, a sabiendas y voluntariamente, sin incentivo, a dar permiso a los Exonerados para tomar medidas de emergencia, y estoy reteniendo expresamente el consentimiento para la atención médica de emergencia por motivos religiosos o de otro tipo. Además, acepto que si, a pesar de esta exoneración, 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 cualquier responsabilidad, reclamación o pérdida que resulte de esa reclamación. Acepto que si alguna parte de este Formulario se considera inválida, las partes restantes continuarán en pleno vigor y efecto.

3. **Instrucciones impresas.** Acepto llevar instrucciones impresas que describan mis objeciones religiosas o de otro tipo a la atención médica de emergencia como se describe en este Formulario y cómo deseo que la persona que me acompaña responda si me enfermo o lastimo y no puedo hablar por mí mismo. Acepto llevar conmigo estas instrucciones impresas en todo momento durante mi participación en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, incluso durante las comidas, en el alojamiento para pasar la noche, en las sesiones de entrenamiento y competencias, y durante los viajes hacia y desde las actividades de Olimpiadas Especiales.
4. **Acompañamiento de padres o tutores.** Entiendo que debo estar acompañado por un Padre/Tutor para que esa persona asuma la responsabilidad personal por mí durante una emergencia médica en la que no puedo hablar por mí mismo.
5. **Atención médica de emergencia si el atleta no está acompañado.** Entiendo que si no llevo las instrucciones impresas o si el Padre/Tutor que me acompaña no está presente y asume activamente la responsabilidad personal por mí durante una emergencia médica en la que no puedo hablar por mí mismo, Olimpiadas Especiales puede buscar atención médica de emergencia para mí según lo recomiende los profesionales médicos que responden a la emergencia. Renuncio a cualquier reclamo contra los Exonerados en caso de que busquen atención de emergencia para mí.

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: _____