



**FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA – PARA EL FAMILIAR O TUTOR**

(Deberá llenarlo un familiar o tutor de un atleta menor de edad o mayor de edad sin capacidad para firmar documentos legales)

**INSTRUCCIONES:** Sólo llene este formulario si por motivos religiosos o de otro tipo usted no da su consentimiento para que se administren cuidados médicos de emergencia y ha marcado el cuadro bajo las disposiciones de Cuidados de Emergencia en el Formulario de Exención para el Atleta.

Soy el familiar o tutor del atleta que se nombra a continuación y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **No Autorizo la Administración de Cuidados Médicos de Emergencia.** Comprendo que el formulario de inscripción estándar de Olimpiadas Especiales exige a los atletas o sus familiares o tutores, dar su consentimiento para que el atleta reciba cuidados médicos en caso de emergencia. Por motivos religiosos o de otro tipo, no otorgo mi consentimiento para que le sean administrados al atleta a mi cargo cuidados médicos de emergencia como se indica a continuación.

DEBERÁ **MARCAR** EL CUADRO CORRESPONDIENTE Y ESCRIBIR SUS **INICIALES** AL LADO DE **UNA** DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES PARA CONFIRMAR SU VOLUNTAD:

**NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA DE NINGÚN TIPO EN ABSOLUTO, AUN SI ESTOS CUIDADOS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. INICIALES: \_\_\_\_\_**

**NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS DE EMERGENCIA, AUN SI ESTAS PUDIESEN EVITAR MI MUERTE. OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEAN ADMINISTRADOS TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA. INICIALES: \_\_\_\_\_**

2. **Acompañamiento del Atleta.** Comprendo que es necesario que esté yo siempre presente y asumiendo toda responsabilidad personal por el atleta si en nombre del atleta se rechazan cualquier forma de cuidados médicos en caso de emergencia médica. Lo anterior en cualquier lugar y momento incluyendo comidas, en áreas de descanso, en sesiones de entrenamiento y competencia, y durante traslados desde y hasta cualquier actividad de los Juegos Special Olympics.
3. **Cuidados Médicos de Emergencia si el Atleta no Cuenta con un Acompañante.** Comprendo que, si no estuviere yo presente y asumiendo activamente la responsabilidad personal por el atleta en caso de una emergencia médica, Olimpiadas Especiales puede administrarle los cuidados médicos de emergencia que sus expertos médicos recomendasen como respuesta a la emergencia.
4. **Exención de Responsabilidad.** Reconozco, en nombre propio y en el del atleta, que Olimpiadas Especiales, así como sus empleados y voluntarios, no podrán hacerse responsables ante reclamos que pudieran surgir por haber tomado u omitido tomar medidas para administrar al atleta cuidados médicos de emergencia. Estoy de acuerdo en que ninguna responsabilidad será asumida debido a que he rechazado consciente y voluntariamente dar mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a tomar medidas para administrarme cuidados médicos de emergencia, mismos que expresamente rechazo por motivos religiosos o de otro tipo. Para propósitos de este formulario, "Olimpiadas Especiales" incluye a todas las organizaciones de Olimpiadas Especiales.

<b>Nombre del atleta:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>
<b>FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR</b>	
Soy el familiar o tutor del atleta. Declaro que he leído el presente formulario, que lo comprendo y que he explicado su contenido al atleta en toda medida posible. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta. El presente formulario será vinculante para mí, el atleta y nuestros respectivos legatarios y representantes legales.	
<b>Firma del Familiar o Tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre en Letra de Molde:</b>	<b>Relación o Parentesco:</b>