



FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA – PARA EL ATLETA
(Deberá llenarlo un atleta mayor de edad con 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 un atleta de Olimpiadas Especiales con capacidad de firmar documentos en nombre propio y estoy de acuerdo en 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 me sean administrados cuidados médicos de emergencia.

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. **Instrucciones Impresas.** Convengo en llevar conmigo instrucciones impresas que describan mis objeciones religiosas o de cualquier otro tipo que me impiden recibir tratamiento o cuidados médicos, y cómo deseo que mi acompañante responda en caso de que yo sufriera enfermedad o lesión que me imposibilitara expresar mi voluntad. Convengo en llevar conmigo estas instrucciones impresas en todo momento durante mi participación en cualquier actividad de Olimpiadas Especiales, incluyendo comidas, en áreas de descanso, en sesiones de entrenamiento y competencia, y durante traslados desde y hasta cualquier actividad de Olimpiadas Especiales.
3. **Acompañante Familiar o Amigo.** Comprendo que es necesario que un acompañante familiar o amigo esté siempre conmigo y que este acompañante asuma toda responsabilidad personal por mí en caso y durante cualquier emergencia médica que me imposibilitara expresar mi voluntad.
4. **Cuidados Médicos de Emergencia si el Atleta no Cuenta con un Acompañante.** Comprendo que, si no llevara conmigo las instrucciones impresas ya descritas o mi acompañante adulto no estuviera presente o no asumiera activamente la responsabilidad personal por mí en caso de una emergencia médica que me imposibilitara expresar mi voluntad, Olimpiadas Especiales puede administrarme los cuidados médicos de emergencia que sus expertos médicos recomendasen como respuesta a la emergencia.
5. **Exención de Responsabilidad.** Reconozco 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 administrarme 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.

Nombre del atleta:	Correo Electrónico:
FIRMA DEL ATLETA	
He leído y comprendo este formulario. Si tuviese alguna duda, solicitaría aclaración. Por mi firma declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario.	
Firma del Atleta:	Fecha:
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE ADULTO	
Por mi firma declaro estar de acuerdo en acompañar al atleta durante todas las actividades de Olimpiadas Especiales y en asumir responsabilidad personal por el atleta en caso y durante una emergencia. Comprendo la medida en que el atleta rechaza que le sean administrados cuidados médicos de emergencia y convengo en conducirme conforme a su voluntad tal como la comprendo.	
Firma del Acompañante Adulto:	Fecha:
Nombre en Letra de Molde:	Relación o Parentesco: