



NW ASSOCIATION  
FOR  
**BLIND**  
**ATHLETES**



WASHINGTON TALKING  
BOOK & BRAILLE LIBRARY

**PRESENTE:**

# **EXPERIENCIA PARALÍMPICO**

## **SPOKANE, WA**

**Por Qué:** Para dar estudiantes un oportunidad de aprender los fundamentos basicos y habilidades para participar ed natación y juegos cooperativos.

**Quien:** Abierto a todos los Kinder-12 con ciego o discapacidad visual estudiantes. Profesoras e las personas discapacidad visual y otros miembros de la familia son bienvenidos. Se necesitan padres o profesoras a supervisar estudiantes durante todo el evento.

**Dónde:** Spokane Valley YMCA  
2421 N Discovery Pl  
Spokane Valley, WA 99216

**Cuando:** Martes, 9 de agosto, 2022

**Horario:** 10:00 am – 2:00 pm

\*ALMUERZO PREVISTO\*

**Formas de Inscripción se reciben hasta el miércoles, 3 de agosto, 2022.**

**Para registrarse, por favor llame o envíe un correo electrónico**

**Tara Rogowsky: 360-787-7335**

[trogowsky@nwaba.org](mailto:trogowsky@nwaba.org)

[www.nwaba.org/events/washington-2/](http://www.nwaba.org/events/washington-2/)

Nuestra misión es brindar oportunidades que cambien la vida a través del deporte y la actividad física a las personas ciegas y con discapacidad visual.

# Forma de Registracion de Participante NWABA

¿Eres nuevo participante de NWABA o reinscripcion?  Nuevo participante  Reinscripción

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Nombre preferido :
Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa ):    /    /	Sexo: _____	Idioma principal del participante : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (por favor enumere): _____	
Raza / Etnia (Opcional): <i>Marque todos los que correspondan</i> <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino (grupo de origen específico: _____) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro		¿Tiene el participante un IEP o un Plan 504? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable ¿Cuál es el nivel de grado actual del participante? _____ <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Cómo se enteró de NWABA?			
Dirección:			
P.O.box:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Email:		
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo directo	Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> Ella / Su / Suya <input type="checkbox"/> Él / Su / Suyo <input type="checkbox"/> Ellos / Los / Suyos <input type="checkbox"/> Ese / Hir / Hirs <input type="checkbox"/> Oh / Em / Eirs <input type="checkbox"/> Otro		
Medio preferido: <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Digital			
Intereses deportivos / de actividad física :			
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR ( REQUERIDO SI ES MENOR O TIENE UN TUTOR LEGAL )</b>			
Nombre:			
Relación:			

Dirección de calle :	Ciudad:	Estado:	Código postal:
----------------------	---------	---------	----------------

Teléfono:	Email:
-----------	--------

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (SE NECESITAN DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA)**

**Contacto de emergencia n. ° 1**

Nombre:

Teléfono:	Relación:
-----------	-----------

**Contacto de emergencia # 2**

Nombre:

Teléfono:	Relación:
-----------	-----------

**CUIDADOS DE EMERGENCIA**

¿Tiene el participante la capacidad de consentir el tratamiento médico en su propio nombre?  Sí  No

Si yo, el participante, no puedo o mi padre / tutor no puede consentir o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a la Asociación del Noroeste para Atletas Ciegos a buscar atención médica en mi nombre. Incluyendo, entre otros, medicamentos de venta libre, medicamentos de emergencia, procedimientos de diagnóstico, anestesia, tratamiento quirúrgico y médico y transfusiones de sangre, por parte de proveedores médicos, hospitales o sus representantes autorizados, según sea necesario, según su criterio profesional, para proporcionar los servicios médicos, quirúrgicos o médicos. cuidados de emergencia.  Sí  No

**HISTORIAL DE SALUD DEL PARTICIPANTE**

Nombre y apellido del participante: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES ASOCIADAS (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)**

Autismo  Discapacidad visual cortical  Parálisis cerebral  Síndrome de Down  X frágil  Alcohol fetal

Otra condición (especifique): \_\_\_\_\_

Si hay impedimento de cortical visual, describa:

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS Y RESTRICCIONES DIETÉTICAS**

Alimentos \_\_\_\_\_

Enumere cualquier necesidad dietética especial:

Alergias ambientales \_\_\_\_\_

Mordedura o picaduras de insectos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

- Alergia al látex
- Sin alergias conocidas

### DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA ( MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aparato ortopedico<br><input type="checkbox"/> Máquina C-PAP<br><input type="checkbox"/> Lentes o Contactos<br><input type="checkbox"/> Dispositivo implantado<br><input type="checkbox"/> Prótesis removibles<br><input type="checkbox"/> Bolsa de colostomía | <input type="checkbox"/> Muletas o andador<br><input type="checkbox"/> Tubo G o tubo J<br><input type="checkbox"/> inhalador<br><input type="checkbox"/> Férula<br><input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Dentaduras<br><input type="checkbox"/> Audífono<br><input type="checkbox"/> Marcapasos<br><input type="checkbox"/> Silla de ruedas<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|---|--|

Si usa un dispositivo de asistencia, explique brevemente:  
 \_\_\_\_\_

### VISIÓN

- B1 - Totalmente ciego
- B2 - La mejor visión corregida es 20/600 y más
- B3 - La mejor visión corregida es 20/200 - 20/599
- B4 - La mejor visión corregida es 20/70 - 20/199
- Desconocido

Descripción de la discapacidad visual:

¿El participante usa un bastón blanco?  Sí  No      ¿El participante tiene un perro guía?  Sí  No

Nombre y apellido del participante: \_\_\_\_\_      Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un médico ha limitado la participación del participante en deportes o actividad física?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa:

¿El participante tiene o está en riesgo de un desprendimiento de retina?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa:

¿El participante tiene alguna restricción de actividad?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa:

¿Tiene el participante una insuficiencia de cortisol?  Sí  No  
 En caso afirmativo, describa:

Por la presente declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta .  Sí  No

## **Acuerdo de exención y exención de responsabilidad e indemnización del participante ("Liberación y renuncia")**

POR FAVOR LEA ESTA LIBERACIÓN Y RENUNCIA CUIDADOSAMENTE Y EN SU TOTALIDAD. ESTA LIBERACIÓN Y RENUNCIA AFECTA SUS DERECHOS LEGALES Y ES LEGALMENTE VINCULANTE. AL FIRMAR ESTA LIBERACIÓN Y RENUNCIA, ESTÁ LIBERANDO LA ASOCIACIÓN DEL NOROESTE DE ATLETAS CIEGOS ("NWABA") DE TODA RESPONSABILIDAD Y RENUNCIANDO PARA SIEMPRE CUALQUIER RECLAMO.

### **Asunción de riesgo**

Reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales de NWABA ("Instalaciones") y cualquier participación en los programas y actividades de NWABA, incluidos los programas y actividades virtuales ("Programas"), conlleva riesgos inherentes, pero de ninguna manera se limita a: (1) lesiones personales moderadas y graves, (2) daños a la propiedad, (3) discapacidad, (4) muerte y (5) enfermedad o enfermedad.

Acepto y asumo toda la responsabilidad voluntariamente por estos riesgos, así como por todos los demás riesgos del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas. Estoy de acuerdo en que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos los riesgos y no estoy confiando en todos los riesgos que se describen en este comunicado y exención.

### **Consulta con el proveedor médico**

SIEMPRE DEBE CONSULTAR CON SU MÉDICO ANTES DE COMENZAR CUALQUIER TIPO DE EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA.

Entiendo que NWABA recomienda que consulte con un médico antes de comenzar a participar en cualquier programa. Si he decidido no consultar a un médico antes de participar, acepto completamente los riesgos involucrados en esta decisión. En ningún momento un médico o cualquier otra persona me aconsejó que no debería participar en la actividad física. Afirmo que, a mi leal saber y entender, estoy en buena condición física y no sufro ninguna condición que impida o limite mi participación en los Programas. Reconozco que si mi salud cambia, es mi responsabilidad informar a NWABA sobre cualquier condición o cambio en mi salud, ahora y en curso, que pueda afectar mi capacidad de participar de manera segura y con un riesgo mínimo de lesiones.

### **Renuncia, liberación, indemnización y pacto de no demandar**

En consideración del uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, el abajo firmante, acepto que NWABA, junto con sus afiliados, predecesores, sucesores, oficiales, directores, agentes, consultores, empleados, voluntarios, aseguradores, representantes y cesionarios (colectivamente, "Liberados") no serán responsables de ninguna lesión personal, daño a la propiedad, discapacidad, accidente, muerte, pérdida, enfermedad o enfermedad en la que incurra yo mismo, mis familiares, dependientes o invitados, incluidos menores de edad, aunque ocurran, incluyendo, pero no limitado a la negligencia de los Liberados. Entiendo que seré el único responsable de cualquier pérdida o daño, incluidas lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o enfermedad sufrida por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Además, a nombre de mí y de todos y cada uno de los sucesores legales, cesionarios y apoderados, libero y, **POR LA PRESENTE, LIBERO, RENUNCIO Y NO DOY PERMISO** Liberaciones de cualquier causa de acción, reclamos, demandas, responsabilidades o demandas cualquier naturaleza, incluidas, entre otras, las demandas por negligencia, que yo y todos y cada uno de los sucesores legales y apoderados pueden tener, ahora o en el futuro, contra Liberaciones a causa de lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedades, enfermedades o accidentes de cualquier tipo, que surjan o estén relacionados de alguna manera con el uso de Instalaciones o la participación en Programas, ya sea que dicha participación sea supervisada o no supervisada, y sin embargo la lesión o daño ocurre, incluyendo, pero no limitado a, la negligencia de los liberados. Esta exención y exención no se extiende a reclamos por negligencia grave, conducta intencional o imprudente, o cualquier otra responsabilidad que la ley aplicable no permita ser excluida por esta exención y exención.

También estoy de acuerdo en no demandar o hacer un reclamo contra los Liberados por lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad, enfermedades o accidentes de cualquier tipo, que surjan o estén relacionados de alguna manera con el uso de las Instalaciones o la participación en Programas

En consideración adicional al uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, acepto **INDEMNIZAR Y MANTENER LIBERTADES** de cualquier y todas las causas de acción, reclamos, demandas, pérdidas, demandas, juicios, acuerdos, premios, intereses, multas, responsabilidades o costos de cualquier naturaleza, incluyendo reclamos de negligencia, que surjan de o estén relacionados con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas por mí mismo, mis familiares, dependientes o invitados, incluidos los menores. De acuerdo con estas promesas, reembolsaré a los Liberados por

los daños, arreglos razonables y costos de defensa, incluidos los honorarios de los abogados, en los que incurran debido a cualquier reclamo hecho en su contra. Acepto que, en caso de fallecimiento o discapacidad, los términos de esta exención y exención, incluidas las obligaciones de indemnización, serán vinculantes para mi patrimonio, y mi representante personal, albacea, administrador o tutor estará obligado a respetar y hacer cumplir ellos.

### Uso de mi semejanza

Por la presente, otorgo a NWABA y a sus cesionarios permiso para usar mi imagen en una fotografía, video u otro medio digital ("foto") en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las publicaciones basadas en la web, sin pago u otra consideración. Además, autorizo a NWABA y se le asigna el derecho de usar fotos o imágenes mías para los fines descritos en esta autorización.

Entiendo y acepto que todas las fotos serán propiedad de NWABA y no serán devueltas . Por la presente, autorizo irrevocablemente a NWABA a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir estas fotos para cualquier propósito legal. Además, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado en el que aparece mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de la foto. Esta autorización incluye específicamente el derecho a tomar y registrar fotografías o imágenes mías, y el derecho a usar mi nombre y cualquier fotografía o imagen similar para los fines descritos en esta autorización.

### Divisibilidad y terminación

Acepto expresamente que esta Exención y exención tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permite la ley en el estado en que se llevan a cabo los Programas. Cualquier parte de esta exención y exención considerada ilegal o inaplicable es separable y se verá afectada sin ningún efecto sobre la aplicabilidad de las partes restantes de esta exención y exención, o esta exención y exención en su conjunto, en la medida en que lo autorice la ley.

Esta exención y exención permanecerá en pleno vigor y efecto a menos y hasta que finalice mediante notificación por escrito entregada a NWABA. Cualquier terminación de esta exención y exención se aplicará solo de manera prospectiva y no servirá para invalidar los términos de esta exención y exención en cuanto a cualquier reclamo, actividad o evento que ocurra antes de la fecha de dicha rescisión.

**CERTIFICO QUE HE REVISADO TODOS LOS TÉRMINOS ANTERIORES DE ESTA EXENCIÓN Y RENUNCIA Y, AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, POR LA PRESENTE ACEPTO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DE ESTA EXENCIÓN Y RENUNCIA EN SU TOTALIDAD. ENTIENDO QUE ESTE ES UN CONTRATO QUE AFECTA MIS DERECHOS LEGALES Y LO FIRMO POR MI PROPIO VOLUNTAD.**

Nombre impreso del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARA LOS PARTICIPANTES EN EDAD DE MINORÍA (MENORES DE 18 AÑOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN), AL FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN Y RENUNCIA, USTED RENUNCIA A SU DERECHO Y AL DERECHO DEL MENOR NOMBRADO A PRESENTAR CUALQUIER RECLAMO POR DAÑOS O CAUSA DE ACCIÓN PARA RECUPERAR LA COMPENSACIÓN U OBTENER CUALQUIER OTRO REMEDIO O ALIVIO POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL O DAÑO A LA PROPIEDAD, SIN EMBARGO CAUSADO, COMO RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN DEL MENOR NOMBRADO EN LOS PROGRAMAS DE LA ASOCIACIÓN DEL NOROESTE PARA ATLETAS CIEGOS O EL USO DE INSTALACIONES, AHORA O EN CUALQUIER MOMENTO EN EL FUTURO.**

Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_