

Declaración de consentimiento informado en el marco de la ley de protección de datos para la participación en el programa Healthy ATHLETES®

Del 17 de junio de 2023 al 24 de junio de 2023

(Apellidos, nombre del participante)

(Fecha de nacimiento)

(Calle)
país)

(Código postal, ciudad, estado,

(Institución/establecimiento/delegación de SO)

El Comité Organizador (LOC) de los Juegos Mundiales de Special Olympics Berlín 2023 ofrece a los participantes registrados (atletas de SO, es decir, personas con discapacidades intelectuales) consultas y revisiones gratuitas con el programa de salud para las siguientes disciplinas:

- Fit Feet (Pies en forma) FUNfitness (Fitness y diversión)
- Health Promotion (Fomento de la salud) Healthy Hearing (Audición saludable)
- Opening Eyes (Ojos abiertos) Special Smiles (Sonrisas especiales)
- Strong Minds (Mentes fuertes)

Estos servicios incluyen consultas y revisiones orientativas individuales, además de recomendaciones para el tratamiento posterior. Los datos sanitarios recogidos en las categorías anteriores se procesan con el fin de informar a los participantes acerca de su estado de salud. Los participantes recibirán posteriormente información escrita sobre el tratamiento al que se deberían someter, en caso necesario. Adicionalmente, los datos sanitarios se registran en una base de datos de Healthy Athletes de conformidad con las normativas de protección de datos y se evalúan de forma anónima para fines científicos. Los resultados se utilizarán para apoyar las demandas de políticas sanitarias a fin de mejorar la atención sanitaria para las personas con discapacidades intelectuales. Los datos solamente serán utilizados por SO o por las asociaciones pertinentes de SO y no se compartirán con terceros para otros fines.

Al firmar a continuación, accedo a participar en el programa Healthy Athletes de Special Olympics y doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, incluida mi información sanitaria.

Entiendo que la participación en el programa Healthy Athletes es voluntaria y que puedo decidir abandonar el programa en cualquier momento. El ofrecimiento de estas revisiones de salud no sustituirá a la atención sanitaria habitual. Entiendo que todo el mundo debe buscar su propia atención sanitaria independiente y que Special Olympics, mediante la prestación de los servicios sanitarios del programa Healthy Athletes, no es responsable de la salud de los **participantes**.

Entiendo y doy mi consentimiento para que la información recogida sobre mí durante el programa Healthy Athletes se analice de forma anónima con el fin de mejorar la atención sanitaria para los atletas de Special Olympics y las personas con discapacidades intelectuales en general. El consentimiento es voluntario.

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento contactando con la persona responsable, Isabell Harbrecht (LOC). Para ello, debo enviar un correo electrónico a isabell.harbrecht@berlin2023.org. Por motivos legales, este formulario firmado se debe guardar en la institución de registro para posibles consultas.

Para más información sobre el tratamiento de los datos, consulte la **Política de Privacidad de Healthy Athletes** [www.berlin2023.org] (Lamentablemente, solo está disponible en inglés).

Participantes (si tienen más de 18 años y son hábiles por derecho)
fecha

Lugar,

Padres/tutores legales (si el participante tiene menos de 18 años o no es hábil por derecho)

Lugar, fecha

Por la presente, confirmo que el participante ha comprendido el contenido de esta declaración de consentimiento.

Tutor legal

Institución/escuela/taller protegido

Lugar, fecha

* Información sobre las ofertas:

<https://www.berlin2023.org/en/beyond-sports/healthy-athletes>

Programa de salud de Special Olympics

Información sobre la participación en lenguaje sencillo

Special Olympics quiere:

Que todas las personas con discapacidades intelectuales cuiden su salud.

Cualquier persona puede ir a una revisión sin coste:

En eventos deportivos, en instalaciones residenciales o en talleres.

Durante las revisiones, registramos datos sobre la salud de los participantes.

Los datos se escriben sin el nombre.

Con los datos queremos mejorar la atención sanitaria.

Importante:

Acuda a revisiones médicas regularmente.

El programa de salud no sustituye una visita al médico.

El programa de salud solo es una oferta adicional.

Con mi firma, confirmo que:

- Me gustaría participar en el programa de salud.
- Sé que puedo elegir las ofertas.
- Sé que puedo finalizar mi participación.
- Sé que mis datos se escribirán sin mi nombre.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

El formulario se encuentra en su instalación residencial o taller.

Firma

Tiene más de 18 años y no tiene tutor.

En ese caso, firme en la primera página encima de la palabra Participante.

Tiene menos de 18 años:

Los padres firman en la primera página.

Tiene un tutor legal para temas sanitarios:

El tutor firma en la primera página.