

Registro de Jinete y Liberación de Responsabilidad

Fecha del día de hoy:

Nombre de Cliente:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Numero Telefónico:

Numero de Trabajo:

Numero de Emergencia:

Padres/Guardián:

Dirección/Numero Telefónico (si es diferente del cliente):

Correo Electrónico:

Escuela o Institución al cual asiste el cliente:

En caso de emergencia: Contactar a:

Numero Telefónico:

Contactar a:

Numero Telefónico:

Liberación de Responsabilidad

_____ (nombre de cliente) quisiera participar en el programa terapéutico de jinetes especiales de Pegasus. Yo reconozco los riesgos y riesgos potenciales de montar a caballo (equitación). Sin embargo, siento que los posibles beneficios son mayor que los riesgos asumidos. Por la presente, con la intención de estar legalmente atada a mí mismo(a), mis herederos y cesionarios, ejecutores y administradores, renuncio para siempre a todo tipo de reclamaciones por daños y perjuicios contra Pegasus Jinetes Especiales, su junta directiva, instructores, terapistas, ayudantes, voluntarios, y empleados por toda o cualquier tipo de herida o perido que la persona nombrada arriba pueda tener mientras participa en el programa Terapéutico de Montar de Pegasus.

Fecha:

Firma:

(Cliente, Padre, o Guardián)

Liberación de Fotografías

Yo, doy mi consentimiento y autorizó el uso y reproducción por Pegasus Special Riders, Inc. de todo y cualquier fotografía y cualquier otro material audiovisual que sea tomado de mi/mi hijo(a)/mi pupilo para propósitos promocionales en materiales impresos, actividades educacionales y para cualquier otro uso que beneficie al programa.

Fecha:

Firma:

(Cliente, Padre, o Guardián)

COMPROBANTE DE GUARDIÁN PUEDA SER REQUERIDO. ID DEBE ESTAR DISPONIBLE AL REGISTRARSE.

Registro de Jinete

Requerido poner sus iniciales al final de cada página: _____

Información para Medico

Cliente:

Teléfono:

De estar presentes las siguientes condiciones pueda que representen precauciones o contraindicaciones a montar terapéuticamente. Al momento de completar este formulario por favor noten las condiciones presente y el grado de cada condición. Sus comentarios en las páginas adjuntas son aceptables.

Ortopédico

Fusión espinal
Inestable/anormal espina
Escoliosis
Cifosis
Lordosis
Subluxación y dislocación de la cadera
Osteoporosis
Fracturas patológicas
Artrosis
Osificación heterotrófica
Osteogénesis imperfecta
Dispositivo de estabilización de la columna interna

Medico/Quirúrgico

Alergias
Cáncer
Poca Resistencia
Cirugía reciente
Diabetes
Enfermedad vascular periférica
Venas varicosas
Hemofilia
Hipertensión
Condiciones serias del corazón
Infarto Cerebral

Neurológico

Derivación hidrocefalia
Espina bífida
Espina anclada
Malformación chiri II
crónica
Hydroyelia
Parálisis debido a una lesión espinal
Ataques

Preocupaciones Secundarias

Problemas de comportamiento
Menor de dos años
Edad de 2-4 años
Exacerbación aguda de enfermedad

Sonda permanente

Historial y Liberación Médica

Nombre: Edad: Fecha de nacimiento:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Padres/Guardianes:

Diagnostico:

Sexo: Masculino Femenino Peso: Estatura: P: B/P:

Para personas con síndrome de down (o si tienen una evaluación de las olimpiadas especiales del síndrome de down)

Rayos-x cervical para la inestabilidad axial-atlanto; Radiografía completa del flexor extensión del cuello
Pos: Neg: Fecha de rayos-x:

Fecha de la última vacuna del tétano:

Medicamentos:

Por favor indique si el cliente tiene un historial de los siguientes problemas al marcar sí o no.
De ser si, por favor incluyan información completa acerca del problema.

Problema	Si No	Descripción/Comentario
Impedimento de auditivo		
Discapacidad de aprendizaje		
Impedimento mental		
Impedimento psicológico		(de ser pertinente nivel de inteligencia)
Impedimento del habla		
Impedimento visual		Lentes o Contactos
Alergias		
Cardiaco		
Circulatorio:		
PVD		
Hipertensión		
Hipotensión Postural		
Hemofilia		
Pulmonar: Asma/COPD		
Neurológico: Ataques		
Controlado		Tipo: Último Ataque:
Hidrocefalia		
Derivación		
Perdida sensorial		
Espina Bífida		

Continuación de Historial y Liberación Médica

Por favor indique si el cliente tiene un historial de los siguientes problemas al marcar sí o no. De ser si, por favor incluyan información completa acerca del problema.

Problema	Si No	Descripción/Comentario
Muscular:		
Contracturas		
Esquelético:		
Lesión a la columna vertebral		(de ser si, por favor describa)
Fusión espinal		
Grado de escoliosis/tipo		(abrazadera/ultimo rayos-x)
Cifosis/Lordosis		(grado/tipo)
Espondilolistesis		
Anormalidad espinal		
Osteoporosis		
Enfermedad de las articulaciones		
Defectos del cráneo		
Fracturas patológicas		
Fracturas		lugar: sanaron:
Otro		
Involucrado con espinal vertebral		nivel vertebral:
Incontinente		
Sonda:		

Por favor indique cualquier problema médico no indicado en la parte anterior, incluyendo cirugías: _____

Indique si hay alguna precaución especial: _____

Movilidad:

Ambulación independiente SI NO Muletas/Abrazaderas/Silla de Ruedas SI NO

De ser si, describa: _____

Prótesis/Ortesis:

Tipo: _____ Propósito: _____

Tipo: _____ Propósito: _____

Por favor incluya cualquier información que nos pueda ayudar a trabajar con este estudiante. (Incluyendo metas terapéuticas)

He examinado y/o he previamente visto al individuo nombrado arriba y en mi opinión/sabiduría no existe ninguna razón física o mental del porqué, bajo supervisión, no debe participar en el programa terapéutico de jinetes en Pegasus Special Riders, Inc. Sin embargo, entiendo que el centro de montar terapéutico tomara el peso de la información médica enumerada anteriormente en contra de cualquier precaución.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ # telefónico _____

Receta Médica

Nombre del cliente: _____ Telefono: _____

Receta médica para montar terapéuticamente

Prescripción, en su caso, para su evaluación y tratamiento por parte del terapeuta físico, ocupacional, y del habla o en conjunción con el centro operativo de jinetes terapéutica.

Frecuencia recomendable: _____

Precauciones: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Por favor escriba en letra de molde, a computadora, o con sello

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Formulario para Autorización de tratamiento Médico de Emergencia de Jinetes

En el evento que atención médica o asistencia médica sea requerida debido a una enfermedad o lesión durante el proceso de recibir servicios o mientras se encuentre en la propiedad, yo autorizo a Pegasus Special Riders, Inc. a:

- 1. Obtenga y mantenga tratamiento médico y transportación de ser necesitado.
- 2. Liberar los registros de clientes a petición de las personas autorizadas o agencia que intervienen en el tratamiento médico de emergencia.

Nombre del Cliente: _____ teléfono: _____
Dirección: _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

De ser que no se puedan contactar conmigo, Contacto: _____ teléfono: _____
Contacto: _____ teléfono: _____

Nombre de medico: _____
Facultad de preferencia medica: _____
Compañía de seguridad: _____ #de póliza: _____

Plan de consentimiento

Este autorización incluye rayos-x, cirugía, hospitalización, medicamento y cualquier procedimiento de tratamiento que el medico vea necesario para ‘salvar la vida’. La disposición sólo se invoca si la persona nombrada abajo no puede ser contactada.

Firma de consentimiento _____ fecha: _____
Firma en letra de molde: _____ teléfono: _____
Dirección: _____

Plan de no consentimiento

NO DOY mi consentimiento para recibir tratamiento médico/ayuda en caso de una enfermedad o lesión durante el proceso de recibir servicios o mientras me encuentre en la propiedad. En el evento de recibir tratamiento médico de emergencia o que ayuda sea requerida, deseo que el siguiente procedimiento tome lugar: _____

Firma de no consentimiento: _____ fecha: _____
Firma en letra de molde: _____ teléfono: _____
Dirección (de ser diferente a la anterior): _____

UNA COPIA COMPLETA DEL HISTORIAL MÉDICO DEBERÁ SER ADJUNTO A ESTE FORMULARIO.

Consentimiento y Liberación de Información del Jinete

Por la presente autorizo: _____
(Persona o instalación)

Para que liberen información del record de: _____
(Nombre del cliente)

La información debe ser liberada a Pegasus Special Riders, Inc. por el propósito de desarrollar un programa terapéutico de montar para el cliente nombrado arriba. La información que debe ser liberada está marcada debajo.

- _____ Historial Médica
- _____ Evaluación de terapia física, asesoría, y plan del programa
- _____ Evaluación de terapia ocupacional, asesoría, y plan del programa
- _____ Evaluación del habla, asesoría, y plan del programa
- _____ Plan individual del salón de educación (IEP)
- _____ Otro: _____

Fecha: _____ Firma: _____
(Cliente, Padre, o Guardián)

**Por favor mande el material indicado a
Pegasus Special Riders, Inc.
PO Box 293
Oregon, IL 61061**

Consentimiento de Fotografías

Yo, doy mi consentimiento y autorizo el uso y reproducción por parte de **PEGASUS SPECIAL RIDERS** de toda y cualquier foto y cualquier otro material audio-visual que se tomado de mi para propósito promocional, actividad educativa, exhibición, o para cualquier otro beneficio del programa.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Acto de Confidencialidad

Yo entiendo que en el transcurso de ser voluntario para **PEGASUS SPECIAL RIDERS**, pueda que trate con información confidencial y estoy de acuerdo que dicha información merece la más estricta confidencialidad. La relación entre **PEGASUS SPECIAL RIDERS** y voluntarios es un arreglo de voluntad propia, y puede ser terminada en cualquier fecha sin causa por parte del voluntario o de **PEGASUS SPECIAL RIDERS**. Yo le notificare a **PEGASUS SPECIAL RIDERS** de cualquier cambio a la información proporcionada en las formas originales. Yo afirmo, bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior y que la información que yo proporcione es verdadera y completa. Ninguna persona podrá ser aceptada como voluntaria hasta que estas formas hayan sido completadas y firmadas.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Salud

Por favor apunte cualquier condición médica incluyendo medicamento y/o requisito especial que PEGASUS SPECIAL RIDERS deba estar al tanto de:

¿Puede caminar por 60 minutos y trotar distancias cortas? SI NO

¿Dado la oportunidad de cambiar de lado con frecuencia, puede que mantener el brazo por encima de la altura del hombro y aguantar peso modesto? SI NO

¿Se siente cómodo caminando alrededor de caballos o ponis? SI NO

¿Tiene algo de experiencia con caballos/ponis? Por favor especifique:

ADVERTENCIA: BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA ACTA DE EQUINO, ADOPTADO POR EL ESTADO DE ILLINOIS CADA PARTICIPANTE QUE SE DEDIQUE A UNA ACTIVIDAD EQUINA ASUME EXPRESAMENTE LOS RIESGOS DE PARTICIPAR Y RESPONSABILIDAD LEGAL POR LESIONES, PÉRDIDA O DAÑOS A SU PERSONA O PROPIEDAD RESULTANDO DEL RIESGO DE ACTIVIDADES EQUINAS.

Formulario para Autorización de tratamiento Médico de Emergencia de Voluntarios

En el evento que atención médica o asistencia médica sea requerida debido a una enfermedad o lesión durante el proceso de prestar mis servicios o mientras me encuentre en la propiedad, yo autorizo a Pegasus Special Riders, Inc. para que oobtenga y mantenga tratamiento médico y transportación de ser necesitado.

Nombre del Voluntario: _____ teléfono: _____
Dirección: _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

En el evento de una emergencia contacten a las siguientes personas:

Contacto: _____ teléfono: _____

Contacto: _____ teléfono: _____

Nombre de medico: _____

Facultad de preferencia medica: _____

Compañía de seguridad: _____ #de póliza: _____

Plan de consentimiento

Este autorización incluye rayos-x, cirugía, hospitalización, medicamento y cualquier procedimiento de tratamiento que el medico vea necesario para 'salvar la vida'. La disposición sólo se invoca si la persona no puede ser contactada.

Fecha _____ Firma de consentimiento: _____
(Voluntario, padre o guardián si la persona es menor de 18 años)

Firma en letra de molde: _____ teléfono: _____

Dirección: _____

Plan de no consentimiento

NO DOY mi consentimiento para recibir tratamiento médico/ayuda en caso de una enfermedad o lesión durante el proceso de recibir servicios o mientras me encuentre en la propiedad. En el evento de recibir tratamiento médico de emergencia o que ayuda sea requerida, deseo que el siguiente procedimiento tome lugar: _____

Fecha: _____ Firma de no consentimiento: _____
(Voluntario, padre o guardián si la persona es menor de 18 años)

Firma en letra de molde: _____ teléfono: _____

Dirección (de ser diferente a la anterior): _____

Reglas de Seguridad para Jinetes de Pegasus Special Riders

Reglas para TODOS los que acuden a la facultad de Pegasus:

1. **¡No existen las preguntas tontas!!** Por favor pregunten si tienen alguna duda. Todas están dispuestos a ayudar.
2. **¡No se puede correr ni hacer ruido excesivo adentro del área del establo!** Un ruido recio o un movimiento de repente puede causar que el caballo se asuste y el estudiante se caiga. También, esto puede causar que el estudiante se distraiga cuando está escuchando las instrucciones del maestro.
3. **¡No se puede fumar adentro del establo!**
4. **No le den de comer a los caballos con su mano**, porque apoya que los caballos den mordiditas. Si tienen algo que darles utilicen un traste de meriendas para caballos ya que son para este propósito.

Reglas especiales para VOLUNTARIOS:

5. **Si la clase está en sesión, todos DEBEN caminar alrededor del edificio para llegar a los comederos y la pista.** Cuando estén caminando afuera mantenga la voz baja, ya que todo el ruido se escucha adentro.
6. **Utilicen zapatos cerrados adecuados para caminar y trotar, ropa limpia, y ropa utilizada para trabajar.**
7. **Mantengan una distancia de 6-10 pies de distancia de los caballos.** No se les permite a los caballos socializar entre ellos cuando están trabajando o cuando están en las caballerizas.

Reglas especiales para ESTUDIANTES:

8. **Todos los jinetes deberán utilizar un casco con tirante alrededor de la piocha.**
9. **¡Todos los jinetes deberán utilizar zapatos cerrados, fuertes, planos, y pantalones largos todo el año!**

*Estas reglas están para asegurar que todo será **SEGURO** y **DIVERTIDO!!!***

CÓDIGO DE ÉTICA & DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE PEGASUS SPECIAL RIDERS, INC.

Pegasus Special Riders fue fundado con la creencia central que cada individuo merece ser tratado con dignidad, consideración, y respeto. Servimos una población con necesidades especiales diversas, y lo logramos hacerlo al aprender y crecer con nuestros clientes-estirando nuestras habilidades propias de poder comunicarnos de nuevas formas, pensar de forma fuera de normal y encontrando soluciones creativas para cualquier reto. Respeto, paciencia, y consideración deben de estar en el corazón de todas las interacciones.

Confidencialidad es un elemento crítico para poder honrar los derechos de nuestros clientes y sus familias. *La información de un cliente no debe ser platicado afuera de un entorno terapéutico, o con individuos que no están directamente involucrados con el cuidado del cliente.*

Dentro del entorno terapéutico, comunicación acerca de nuestros clientes y sus familias debe ser definido para el propósito de mejorar nuestra habilidad de proveer servicios mientras mantenemos los principales fundamentos de respeto y dignidad individual.

Yo, _____, entiendo y seguiré las reglas de Pegasus Special Riders, Inc, para mantener seguridad en todas las circunstancias. También, estoy de acuerdo y seguiré el Código de Ética y Declaración de Confidencialidad.

Firma del Voluntario _____ Fecha: _____

Formulario de registro para voluntario

Fecha de hoy:

Número de casa telefónico:

Nombre:

Numero de celular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Trabajo:

Fecha de Nacimiento:

Estatura:

En caso de cancelación, número telefónico donde podremos comunicarnos:

Por favor marque todo lo que aplique:

Voluntario de Programa:

Voluntario Administrativo:

**Encabezar a un caballo
Caminando de un lado con estudiante
Asear e ensillar al caballo
Bañista de caballo
Alimentador de caballo
Limpiar el estiércol**

**Relaciones públicas
Recaudación de fondos
Persona practica de mantenimiento
Reclutamiento de voluntarios
Boletín/hoja informativa**

Me gustaría **REGULARMENTE** ayudar como voluntario el: _____

Me gustaría **OCASIONALMENTE** ayudar como voluntaria, y yo le llamare cuando pueda ser ayudar.

Cual es su nivel de experiencia con caballos *(Por favor circule y apunte cualquier experiencia que tenga)*

No experiencia previa

Poca experiencia _____

Mucha experiencia _____

¿Tiene alguna experiencia o habilidades como certificación de CPR de primeros auxilios? ¿Sabe utilizar el lenguaje de signos para los sordos? Por favor apunte sus habilidades:

Por favor responda y firme en el lugar indicado las siguientes preguntas y declaración:

1. ¿Alguna vez ha sido condenado por una ofensa involucrada con causar imposición intencional de una lesión física a un niño, abuso sexual de un niño o por secuestro de menores bajo las leyes de este país o de cualquier otro país?

SI NO

2. ¿Usa drogas ilícitas?

SI NO

(Si, respondió si para alguna de las preguntas anterior, automáticamente esta descalificado como voluntario de **Pegasus Specia Riders**)

3. ¿Alguna vez ha sido sentenciado por un delito mayor/felonía?

SI NO (De ser que si, un formulario suplementario de ser completado en este momento)

YO, AFIRMO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON VERACES.

FIRMA:

FECHA:

Liberación de Responsabilidad de Voluntario

Yo, el/la que firma abajo, estoy dispuesto a ser voluntario de mis servicios para Pegasus Special Riders. Reconozco los riesgos y el potencial de riesgos de un programa de paseos a caballo, sin embargo, siento que el posible beneficio para mí y para los clientes con los que trabajo son mayores que los riesgos asumidos. Por la presente, con la intención de estar legalmente, por mí mismo, mis herederos y asignados, ejecutores o administradores, renuncio y libero para siempre todas las reclamaciones por daños y perjuicios contra, Pegasus Special Riders, su consejo, instructores, terapeutas voluntarios y / o empleados de cualquier y todas las lesiones y/o también de cualquier perdida que pueda sostener mientras participo, o en el transcurso del camino al sitio.

FIRMA:

FECHA:

(Padres/Guardian si es menor de 18 anos de edad)