EQUINE EMPOWERMENT FOUNDATION

Citas 805-669-6769 · EquineEmpowermentFoundation.org

Inscripción de nuevo jinete TCRC e información de contacto de emergencia

Por favor complete todas las secciones. Escriba con letra clara si lo llena a mano. Entréguelo a Jasmine Ghent, Directora Ejecutiva, por la línea de citas 805-669-6769, por correo electrónico, o tráigalo a la primera clase.

Información del jinete

Nombre completo del jinete | Fecha de nacimiento | Edad | Género

Domicilio | Ciudad / Código postal

Escuela / programa | Grado | Idioma en el hogar | Talla de camiseta

Información de la madre o tutor(a) legal

Nombre completo | Parentesco con el jinete | Celular | Correo electrónico

Domicilio (si es distinto al del jinete) | Empleador / teléfono del trabajo

Información del padre o tutor(a) legal

Nombre completo | Parentesco con el jinete | Celular | Correo electrónico

Domicilio (si es distinto al del jinete) | Empleador / teléfono del trabajo

Contacto de emergencia (alguien que no sea el padre, madre o tutor)

Nombre completo | Parentesco | Teléfono | Teléfono alternativo

Información del coordinador(a) de servicios de TCRC

Nombre del coordinador(a) de servicios | Teléfono | Correo electrónico

Número UCI del jinete | Número de autorización | Sesiones autorizadas por mes | Fechas de autorización (de – a)

Historial de salud

****Ciertas condiciones médicas o indicadores del historial de salud pueden requerir una autorización médica de su médico de cabecera o especialista antes de participar en nuestros programas.****

Inscripción de nuevo jinete TCRC (continuación)

Diagnóstico principal

Diagnósticos / condiciones secundarias

Estatura

Peso

Médico de cabecera

Teléfono del médico

Medicamentos actuales y horario de dosis

Alergias (medicamentos, alimentos, ambientales, animales / heno / polvo)

¿Trastorno convulsivo? Si es así, anote abajo el tipo, la frecuencia y la fecha de la última convulsión.	☐ Sí	☐ No
¿Usa silla de ruedas, andador, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de apoyo?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna cirugía en los últimos 12 meses, o programada?	☐ Sí	☐ No
¿Problemas de cadera, columna o cuello (incluida inestabilidad atlantoaxial / evaluación para síndrome de Down)?	☐ Sí	☐ No
¿Válvula de derivación, sonda de alimentación, catéter u otro dispositivo implantado?	☐ Sí	☐ No
¿Dificultad con el equilibrio, para sentarse sin apoyo o para seguir instrucciones de un paso?	☐ Sí	☐ No
¿Historial de agresión hacia personas o animales, fugas, o autolesión?	☐ Sí	☐ No

Detalles de cualquier 'Sí' anterior, además de necesidades sensoriales, forma de comunicarse y qué ayuda a su jinete a sentirse tranquilo y seguro

Metas del jinete en el programa (del padre/tutor y, si es posible, en palabras del propio jinete)

Experiencia previa con caballos o animales

Miedos o detonantes que debamos conocer

POLÍTICA DE AUSENCIA SIN AVISO

Al inscribirse en EQUINE EMPOWERMENT FOUNDATION, se le programa de forma regular y se prepara un caballo antes de cada clase. También programamos personal y voluntarios según las necesidades de la clase (tanto individual como grupal).

Inscripción de nuevo jinete TCRC (continuación)

TARIFAS DE CLASES

Clase privada de 30 minutos — $100. Privada de 45 minutos — $125. Clase grupal de 50 minutos — $100.

Toda ausencia sin aviso se cobrará con la tarifa completa de la clase. Después de tres (3) ausencias sin aviso, se le retirará del calendario.

Si desea cancelar su clase debe avisarnos con 24 horas de anticipación, de lo contrario se cobrará el pago completo. Todos sienten que tienen una razón válida para que se les exente del cargo cuando cancelan por motivos sociales, familiares, de salud o de trabajo, pero NO puede haber excepciones a la regla.

Si llega más de 10 minutos tarde a su clase programada, NO podrá montar. Por favor llegue a tiempo. Si llega tarde con frecuencia, tendremos que buscar un horario más adecuado.

Para clases canceladas con 24 horas de anticipación, permitimos una clase de reposición al mes.

Por favor entienda que somos una organización sin fines de lucro 501(c)(3) en sus inicios y aún no hemos recibido fondos ni subvenciones significativas; cada clase programada es lo que paga el cuidado de los caballos y a nuestros instructores. ¡Agradecemos sinceramente su comprensión y apoyo!

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ACEPTO LA POLÍTICA DE AUSENCIA SIN AVISO DE EEF.

Padre / tutor — nombre en letra de molde

Padre / tutor — firma

Fecha

Información general

¿Cómo se enteró de EEF?

Días / horarios preferidos para las clases

¿El jinete ha participado antes en equitación terapéutica? (dónde / cuándo)

¿Autoriza fotos / video para el sitio web y redes sociales de EEF? Sí / No

Información de facturación

Las clases se pagan por:

☐ TCRC (autorización del Centro Regior ☐ Pago privado ☐ Otro / dividido (explique abajo)

Nombre del responsable del pago

Teléfono

Correo electrónico

Dirección de facturación

Forma de pago privado (cheque, Zelle, tarjeta)

Notas (descuento por hermanos, becas, otros fondos)

Exención de responsabilidad

Inscripción de nuevo jinete TCRC (continuación)

Reconozco que montar a caballo, las actividades en el establo y otras actividades ecuestres conllevan riesgos inherentes, incluido el riesgo de lesiones graves o muerte. Asumo esos riesgos de manera libre y voluntaria y, en la máxima medida permitida por la ley, libero y eximo de responsabilidad a Equine Empowerment Foundation, a TCRC y a su personal, voluntarios y afiliados por cualquier responsabilidad derivada de mi participación o la de mi hijo(a). Confirmo que la información de salud anterior es completa y exacta, que notificaré a EEF de cualquier cambio y que entregaré una autorización médica si EEF la solicita. Autorizo al personal de EEF a obtener atención médica de emergencia para el jinete si no se puede localizar a un padre o tutor.

Padre / tutor — nombre en letra de molde	Padre / tutor — firma	Fecha

Nombre del jinete (letra de molde)	Firma del jinete (si tiene 18 años o más)	Fecha

Uso de oficina: fecha de recepción _____ revisado por _____ ¿requiere autorización médica? S / N primera clase _____

EQUINE EMPOWERMENT FOUNDATION

Autorización e indicaciones del médico

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL — PARA SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO CON LICENCIA

Estimado(a) doctor(a): Su paciente desea participar en actividades asistidas con caballos y equitación adaptada en Equine Empowerment Foundation. El movimiento del caballo proporciona estimulación neuromuscular, sensorial y vestibular dinámica. Para garantizar la seguridad del participante y adaptar el programa correctamente, por favor complete la evaluación médica a continuación, indicando cualquier condición, precaución o contraindicación conocida. Este formulario puede llenarse en cualquier visor de PDF o a mano; entréguelo a la familia o envíelo a EEF por fax o correo electrónico.

1. Datos del participante

Nombre del participante	Fecha de nacimiento	Género	Estatura / peso

Diagnóstico principal	Fecha de inicio	Movilidad / dispositivos de apoyo	Cirugías previas / previstas

2. Evaluación de precauciones críticas y contraindicaciones

Marque si alguna de las siguientes condiciones está presente e indique la gravedad, precauciones o grado de afectación.

	Condición / hallazgo específico	Sí	No	Notas del médico / precauciones
Ortopédico y columna	Inestabilidad atlantoaxial (IAA) / subluxación cervical — incluya examen neurológico / estudios de imagen si hay trisomía 21	☐	☐	
Ortopédico y columna	Coxartrosis / subluxación o luxación de cadera	☐	☐	
Ortopédico y columna	Déficits craneales / anomalías óseas estructurales	☐	☐	
Ortopédico y columna	Osificación heterotópica / miositis osificante	☐	☐	
Ortopédico y columna	Osteoporosis / fracturas patológicas	☐	☐	
Ortopédico y columna	Fusión espinal / fijación interna / inestabilidad de columna	☐	☐	
Neurológico	Hidrocefalia / válvula de derivación (tipo)	☐	☐	
Neurológico	Trastorno convulsivo (tipo, frecuencia, fecha de la última convulsión)	☐	☐	
Neurológico	Espina bífida / médula anclada / hidromielia	☐	☐	
Médico y vascular	Hipertensión grave / inestabilidad cardiovascular	☐	☐	
Médico y vascular	Enfermedad vascular periférica / riesgo de TVP	☐	☐	
Médico y vascular	Compromiso respiratorio / limitaciones posquirúrgicas	☐	☐	
Médico y dispositivos	Catéteres permanentes / estomas / lesiones de la piel	☐	☐	
Conductual y psiquiátrico	Abuso de sustancias / trastorno del pensamiento / psicosis activa	☐	☐	
Conductual y psiquiátrico	Historial de daño a animales / agresión hacia otros	☐	☐	

Autorización e indicaciones del médico (continuación)

3. Revisión integral por sistemas

Indique dificultades actuales o pasadas, déficits funcionales o intervenciones quirúrgicas en los sistemas siguientes. Marque DLN si está dentro de límites normales.

	DLN	Déficit	Notas del médico / precauciones
Auditivo / audición	☐	☐	
Visual / oftálmico	☐	☐	
Táctil / procesamiento sensorial	☐	☐	
Habla y comunicación expresiva	☐	☐	
Cardíaco y circulatorio	☐	☐	
Tegumentario / riesgo de lesiones en la piel	☐	☐	
Inmunidad / riesgo de infección	☐	☐	
Pulmonar / respiratorio	☐	☐	
Función neurológica y vestibular	☐	☐	
Musculoesquelético / tono / rango de movimiento	☐	☐	
Control postural y equilibrio estático/dinámico	☐	☐	
Alineación ortopédica / de columna	☐	☐	
Alergias (medicamentos, ambientales, equinas)	☐	☐	
Perfil cognitivo / de aprendizaje / función ejecutiva	☐	☐	
Regulación emocional / perfil conductual	☐	☐	
Dolor crónico (ubicación, detonantes, manejo)	☐	☐	
Otro / médico general	☐	☐	

En la sección 3, marque la primera casilla si está DLN / sin problema y la segunda si hay un déficit o antecedente; descríbalo en el campo de notas.

4. Prescripción del médico y declaración de autorización médica

Prescripción / declaración de autorización

Frecuencia recomendada del programa (1x/semana, 2x/semana, otra)

Precauciones específicas / restricciones de movimiento

Autorización e indicaciones del médico (continuación)

Medicamentos actuales y horario de dosis

Protocolo de emergencia / rescate (si aplica)

Declaración de autorización médica: Según mi leal saber y entender, no existe contraindicación médica para que esta persona participe en actividades supervisadas asistidas con caballos y equitación adaptada. Entiendo que el profesional ecuestre y el equipo terapéutico evaluarán la información clínica proporcionada frente a las precauciones existentes y los estándares del programa/PATH. Estoy de acuerdo con que profesionales con licencia e instructores certificados revisen las capacidades y limitaciones de esta persona para implementar un plan ecuestre eficaz.

Nombre del médico (letra de molde)

Firma del médico

Fecha

Nombre de la clínica / consultorio

Teléfono / contacto

NPI / N.º de licencia estatal