



SOLICITUD DEL PARTICIPANTE

¡Bienvenida! Strides Therapeutic Horsemanship Center es una organización sin fines de lucro 501(c)3 que se especializa en brindar actividades asistidas por equinos a individuos con impedimentos físicos, cognitivos y / o emocionales.

PROCESO DE PARTICIPANTE

1. Complete y envíe la Solicitud de Participante por correo postal o correo electrónico.
2. **Nuevos participantes:** llame para programar su evaluación.
3. Se le inscribirá en la clase más apropiada en función de los resultados de su evaluación.
4. La matrícula debe enviarse para reservar su tiempo en el horario.
5. **Nota:** si se necesita más ayuda financiera, la **Beca K.M.** está disponible.

Mande las Aplicaciones por Correo o Electrónico:

Strides Therapeutic Horsemanship Center
ATTN: Executive Director
5426 N Rd 68 Ste D #204
Pasco, WA 99301

Correo electrónico: Hello@StridesTC.org

¿A qué programa(s) está solicitando?: _____

IMPORTANT:

1. Consulte "Fechas de **sesión y fechas de vencimiento**" en StridesTC.org para enviar solicitudes, solicitudes de becas y pagos de matrícula a tiempo.
2. **Las tasas de matrícula** se indican en StridesTC.org.
3. Alentamos a **todos los padres / tutores** a tomar capacitación voluntaria para participar durante la sesión de los participantes. Llame al 509-492-8000 o envíe un correo electrónico **a Volunteer@StridesTC.org** para programar la capacitación.
4. **Reglas de la propiedad / vecindario:** Honeysuckle Rd tiene una velocidad máxima de 15 mph y la propiedad de Strides es de MAX 5 mph. Sin excepciones.
5. **Revisa el Manual del participante** para obtener una lista completa de las políticas y procedimientos mientras estés en Strides.

Si tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de solicitud, comuníquese con nuestra oficina al:

Correo electrónico: Hello@StridesTC.org (Habla español)

Teléfono: 509-492-8000

¡Estamos ansiosos por conocerle!

¡La Junta Directiva, el Personal, los Voluntarios y los Caballos de Strides!

POR FAVOR, PROPORCIÓNELO AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL PARTICIPANTE

Dear Healthcare Provider:

Your patient, _____, is interested in participating in equine-assisted activities at the Strides Therapeutic Horsemanship Center (Strides) in Pasco, WA. To safely provide this service, Strides requests that you complete the attached **Medical History** and **Physician's Release**.

Please indicate if your patient presents with any of the following conditions as they may represent **precautions** or **contraindications** to equine-assisted activities.

Orthopedic:

- Atlantoaxial Instability
- Contractures Coxa Arthrosis
- Heterotopic Ossification/Myositis Ossificans
- Joint subluxation/dislocation
- Osteoporosis Pathologic Fractures
- Spinal Instability/Abnormalities
- Spinal Fusion/Fixation
- Scoliosis 30 degrees or greater

Neurologic:

- Hydrocephalus/Shunt
- Uncontrolled Seizures
- Tethered Cord Symptoms
- Chiari II Malformations
- Hydromyelia Symptoms
- Spinal Cord Injury (*if injury is above T6*)
- Neuromuscular Disorders (*if pain or fatigue increases with the activity*)

Medical/ Psychological:

- Allergies
- Animal Abuse
- Physical/Sexual/Emotional Abuse
- Blood Pressure Control
- Dangerous to self or others
- Exacerbations of medical conditions
- Respiratory Compromise
- Hemophilia
- Medical instability
- PVD

Other:

- Indwelling Catheters
- Medications with photosensitivity side effect
- Skin Breakdown

Thank you for your assistance. If you have any questions regarding this patient's participation in equine-assisted activities, please contact Strides.

Sincerely,

Strides Executive Director

Email: Strides@StridesTC.org

Phone: 509-492-8000, ext 0

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del participante: _____ DOB: ____/____/____
Primero *Último*

Tutor legal del participante (si corresponde):

Nombre: _____
Primero *Último*

Dirección: _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ *Me gustaría recibir boletines informativos o actualizaciones sobre Strides.*

How did you hear about Strides?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> amigo | <input type="checkbox"/> terapeuta | <input type="checkbox"/> Buscar en Google |
| <input type="checkbox"/> familia | <input type="checkbox"/> escuela | <input type="checkbox"/> Radio / TV |
| <input type="checkbox"/> doctor | <input type="checkbox"/> IG / Fbk | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿CÓMO DESCRIBIRÍA EL TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES?:

Función física (Por ejemplo: equilibrio sentado, equilibrio de pie, movilidad, transferencias, etc.):

Enumere los dispositivos de asistencia utilizados y / o aparatos ortopédicos:

Función psico/social (Por ejemplo: actividades diarias, escuela/trabajo, intereses, sistema de apoyo familiar/amigo, animales de compañía, miedos/preocupaciones, etc.):

Objetivos: ¿qué te gustaría lograr durante tu tiempo en Strides?

Indique el historial médico y otras consideraciones actuales / pasadas a continuación:

	Ejemplo	Sí	No	Comentarios
Visión	<i>Los anteojos / contactos</i>			
Oído	<i>Audífonos, implantes</i>			
Sensorial	<i>Sensibilidad excesiva o insuficiente</i>			
Comunicación	<i>ASL, retrasos en el habla, gestos</i>			
Cardíaco	<i>Cirugías, implantes</i>			
Respiración	<i>Asma, oxígeno</i>			
Digestión	<i>Tubo de gastronomía</i>			
Eliminación	<i>Catéteres, colostomía, incontinencia</i>			
Circulación	<i>Venas varicosas, hemofilia, circulación reducida</i>			
Salud Emocional/Mental	<i>Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático</i>			
Conductual	<i>Agresión</i>			
Dolor	<i>Dolores de cabeza, dolor en las articulaciones</i>			
Ortopédico	<i>cirugías, fusiones, implantes, osteoporosis, artritis</i>			
Muscular	<i>Debilidad, tono alto, tono bajo</i>			
Neurológico	<i>Convulsiones, ataxias, temblores</i>			
Alergias	<i>es, práctico, caspa, base, avispas</i>			

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Nombre del participante: _____ DOB: ____/____/____
Primero *Último*

Dirección: _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono celular: _____

Médico de Cabecera: _____ Centro Médico Preferido: _____

Compañía de Seguros de Salud: _____ Política #: _____

Alergias a medicamentos: _____

En caso de emergencia, póngase en contacto con:

Nombre: _____ relación: _____ teléfono: _____

Nombre: _____ relación: _____ teléfono: _____

PLAN DE CONSENTIMIENTO:

En caso de una emergencia médica, autorizo a Strides Therapeutic Horsemanship Center y/o a su agente designado a autorizar la asistencia médica que considere necesaria. Además, autorizo a cualquier médico y/o centro médico con licencia a proporcionar cualquier atención médica o quirúrgica y/o hospitalización para el participante que se considere necesaria o aconsejable hasta que esté disponible o pueda proporcionar una autorización más específica. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Firma: _____

Fecha: _____

PLAN SIN CONSENTIMIENTO:

No doy mi consentimiento para el tratamiento / ayuda médica de emergencia en caso de enfermedad o lesión durante el proceso de recepción de servicios o mientras esté en la propiedad de la agencia. **NOTA: El tutor legal del participante DEBE permanecer siempre en el lugar durante las actividades asistidas por equinos.**

En caso de que se requiera tratamiento / ayuda de emergencia, deseo que se lleven a cabo los siguientes procedimientos:

Firma: _____

Fecha: _____

La firma puede ser del participante o tutor legal.

Nombre del participante: _____ DOB: ____/____/____
Primero *Último*

COMUNICADO DE PRENSA

CONSENTIMIENTO:

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo el uso y la reproducción por parte de Strides Therapeutic Horsemanship Center de todas y cada una de las fotografías, videos, reproducciones digitales y cualquier otro material de audio / visual tomado de mi / mi hijo / mi hija / mi pupilo para material promocional, ya sea electrónico, impreso, digital o publicación digital a través de Internet, incluidas las redes sociales, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso en beneficio de Strides Therapeutic Horsemanship Center por un período de tiempo ilimitado y sin compensación monetaria u otra remuneración. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Firma: _____ Fecha: _____

NO CONSENTIMIENTO:

No doy mi consentimiento ni autorizo el uso de todas y cada una de las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de mi / mi hijo / mi hija / mi pupilo para material promocional, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso en beneficio de Strides. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Firma: _____ Fecha: _____

PARTICIPANT TERMS AND CONDITIONS CONTRACT

Descargo de responsabilidad: al firmar este contrato de participante, usted declara que ha leído el Manual del participante que se encuentra digitalmente en StridesTC.org. Este manual es para su referencia.

Yo (participante o tutor) _____ tengo un contrato con el Centro de Equitación Terapéutica Strides (Strides) para dar a (nombre del participante) _____ actividades asistidas por equinos, incluidos, entre otros, los programas actuales que se encuentran en línea en StridesTC.org. Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo los términos y condiciones de los participantes, además de todas las políticas y reglas de Stride, que acepto cumplir en su totalidad. Además, entiendo que si no se sigue alguna de las políticas o reglas de Strides, Strides tiene el derecho de cancelar este contrato en su totalidad.

Firma: _____ Fecha: _____
La firma puede ser del participante o tutor legal.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo y reconozco plenamente la existencia de cada uno de los siguientes riesgos y peligros asociados con estar cerca de caballos y montar a caballo (estos riesgos y peligros se denominarán en lo sucesivo colectivamente como los "*Riesgos inherentes*"):

- a) *Las actividades de montar a caballo y/o estar cerca de un caballo implican numerosos peligros y riesgos inherentes, tanto previstos como imprevistos, de lesiones y muerte para mí (y/o mi hijo);*
- b) *Los caballos, al igual que todos los demás animales, independientemente de su entrenamiento y comportamiento y características habituales en el pasado, pueden actuar y reaccionar de maneras impredecibles y peligrosas, que incluyen, entre otras, encabritamiento, corcoveo y huida;*
- c) *Montar a caballo en cualquier tipo de terreno puede ser peligroso tanto para mí (y/o para mi hijo) y que este peligro aumenta cuando se monta a caballo rápido, como al galope o al galope;*
- d) *Mientras monta a caballo, incluso a ritmos más lentos, mi caballo (y/o el de mi hijo) puede tropezar, perder el equilibrio, quedar atrapado en un agujero o surco, caerse o ser peligroso para mí; y*
- e) *Mientras montamos a caballo, yo (y/o mi hijo) podemos, en cualquier momento, perder el control o caer de mi caballo (y/o del de mi hijo) o tener una colisión.*

A la luz de estos entendimientos y reconocimientos, y en consideración de que a mí (y/o a mi hijo) se me permite participar y/o servir como voluntario para montar a caballo y actividades relacionadas con la equitación ("*Actividades de la Asignatura*") proporcionadas y/o coordinadas por el Centro de Equitación Terapéutica Strides, hacer por mí (y/o mi hijo) y mis herederos (y/o los de mi hijo), representantes personales y legales, administradores y cesionarios, por la presente:

1. Reconocer que las *Actividades del Sujeto* son inherentemente peligrosas y asumir personalmente todos los riesgos, incluidos, entre otros, los *Riesgos Inherentes mencionados anteriormente*, ya sean previstos o imprevistos, asociados con mi participación (o la de mi hijo) en las *Actividades del Sujeto*; y

2. Para siempre

- (i) LIBERA toda responsabilidad de Strides Therapeutic Horsemanship Center y sus sucesores, cesionarios, miembros, directores, funcionarios, empleados, voluntarios, instructores, terapeutas, agentes, patrocinadores y afiliados (en lo sucesivo denominados colectivamente como "Exonerado"),

- (ii) DESCARGA y PACTO DE NO DEMANDAR al Exonerado, y

- (iii) mantener y salvar a INDEMNE e INDEMNIZAR al Exonerado de y contra cualquier responsabilidad, reclamo, lesión, pérdida, daño, gasto, demanda, acción y causa de acción, de cualquier tipo o naturaleza, que surja de o esté relacionado con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda ser sufrida por mí (o mi hijo), por

cualquier motivo, mientras participa en las Actividades en cuestión, ya sea que dichos daños sean el resultado de la negligencia del Exonerado o de cualquier otra causa.

3. Afirmo además que:

- (i) Soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este Acuerdo,
- (ii) Entiendo que los términos de este Acuerdo son contractuales y no un mero considerando;
- (iii) este Acuerdo contiene el acuerdo completo entre el *Exonerado* y yo; y
- (iv) si estoy ejecutando este Acuerdo en nombre de un niño, que soy el tutor legal de dicho niño y estoy autorizado para ejecutar este Acuerdo en dicha capacidad. Además, estoy de acuerdo en que nada de lo relacionado con este Acuerdo limita las protecciones otorgadas al *Exonerado* por la Ley de Responsabilidad Equina del Estado de Washington, tal como está actualmente codificada en RCW 4.24.530 - .540 y enmendada en lo sucesivo.

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO Y DECLARO QUE HE LEÍDO ESTE ACUERDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO Y ESTOY CELEBRANDO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma: _____
La firma puede ser del participante o tutor legal.

Fecha: _____

Nombre del participante: _____
Primero Último

DOB: ____/____/____