



Jackson Hole Therapeutic Riding Association FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PARTICIPANTES



Participant's Medical History & Physician's Statement

Para ser completado por el MÉDICO

Participant: _____ DOB: _____ Height: _____ Weight: _____

Mailing Address: _____

Diagnosis: _____ Date of Onset: _____

Past/Prospective Surgeries: _____ Date: _____

Medications: _____

Seizure Type: _____ Controlled: Y N Date of Last Seizure: _____

Shunt Present: Y N Date of Last Revision: _____

Special Precautions/Needs: _____

Mobility: Independent Ambulation Y N Assisted Ambulation Y N Wheelchair Y N

Braces/Assistive Devices: _____

Please indicate current or past special needs in the following systems/areas, including surgeries. These conditions may suggest precautions and contraindications to equine activities.

	Y	N	Comments
Auditory			
Visual			
Tactile Sensation			
Speech			
Cardiac			
Circulatory			
Integumentary/Skin			
Immunity			
Pulmonary			
Neurologic			
Muscular			
Balance			
Orthopedic			
Allergies			
Learning Disability			
Cognitive			
Emotional/Psychological			
Pain			
Other			

For patients with Down Syndrome- Neurologic Symptoms of Atlantoaxial Instability: Present Absent

A NEUROLOGIC EXAM MUST BE COMPLETED ANNUALLY

Date of last neurological exam: _____

Given the above diagnosis and medical information, this person is not medically precluded from participation in equine assisted activities. I understand that the PATH center will weigh the medical information given against the existing precautions and contraindications. I concur with a review of this person's abilities/limitations by a licensed/credentialed health professional (e.g. PT, OT, Speech, Psychologist, etc.) in the implementations of an effective equestrian program.

Name/Title: _____ MD DO NP PA Other: _____
 Signature: _____ Date: _____
 Address: _____
 Phone: (_____) _____ License/UPIN Number: _____



Información de Registro

Páginas 2-10: Para ser completado por el PARTICIPANTE, LOS PADRES O TUTORES

Nombre de participante: _____

FDN: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Género: M F

Teléfono: _____ Email: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo: _____

Padre/tutor legal: _____

Cuidadores: _____

Dirección física (Si es diferente de la anterior): _____

Establecimiento médico preferido: _____ Nombre del médico: _____

Aseguradora: _____ Núm. de póliza: _____

Alergias a medicamentos: _____

Medicamentos que toma: _____

Antecedentes de salud

Diagnóstico: _____

Indicar actual o pasado necesidades especiales en las áreas siguientes:

	S	N	Comentarios
Visión			
Audiencia			
Sensación			
Comunicación			
Corazón			
Respiración			
Digestión			
Eliminación			
Circulación			
Salud Emocional/Mental			
Comportamiento			
Dolor			
Hueso/Conjunto			
Muscular			
Pensamiento/Cognición			
Alergias			

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org

JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”



Los medicamentos actuales (Incluir como los de prescripción, nombre, dosis y frecuencia):

Describir las capacidades y dificultades en las siguientes áreas (incluyen la ayuda necesaria o equipo necesario):

Función Física (p. ej., movilidad capacidad como las transferencias, paseos, sillas, conducción/bus)

Función Psicosocial (p.ej., trabajo/escuela incluyendo grado terminado; intereses durante el tiempo de ocio; relaciones: familia, los sistemas de soporte, animales de compañía, temores/preocupaciones)

Objetivos (es decir ¿Qué objetivos tienes para montar a caballo terapéutico? ¿Qué es lo que quieres lograr?)

A quién llamar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____



Responsabilidad Participante de Lanzamiento



Descargo de responsabilidad: _____ (Nombre del participante) quiere participar en el programa de Jackson Hole Therapeutic Riding Association. Entiendo los riesgos y posibles riesgos de montar a caballo. Sin embargo, siento que los posibles beneficios para mí/mi hijo/hija/pupilo son mayores que los riesgos implicados. Por medio del presente, teniendo fuerza jurídica obligatoria en cuanto a mí, mis herederos y cesionarios, albaceas o administradores, renuncio a todo reclamo de daños y perjuicios contra Jackson Hole Therapeutic Riding Association, los miembros de su junta directiva, el director ejecutivo, los instructores, terapeutas, asistentes, voluntarios y/o empleados por cualquier lesión o pérdida que sufra yo/mi hijo/hija/pupilo durante la participación en Jackson Hole Therapeutic Riding Association.

En Wyoming, una profesional equina no es responsable de los daños o la muerte de uno de los participantes en las actividades equinas resultantes de los riesgos inherentes a las actividades equinas, con arreglo a lo dispuesto en W. S 1-1-126.

Firma de consentimiento: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)



Healing With Horses



Autorización para que JHTRA utilice fotografías o video

Participante que será fotografiado: _____
Como causa contractual adecuada y suficiente, la cual aquí acepto, yo
(Nombre en letra de imprenta) _____ por el medio del presente autorizo a Jackson Hole Therapeutic Riding Association para que tome o solicite que tomen fotografías y películas fijas y en movimiento, incluyendo secuencias para televisión, más y/o de mi hijo o hijos identificado(s) arriba y use y reproduzca dichas fotografías, películas o secuencias para que circulen y se difundan por todos los medios y para cualquier fin, que incluyen, pero no se limitan a periódicos, televisión, Facebook* y otros medios sociales, folletos, volantes publicitarios, materiales de enseñanza, libros y materiales clínicos.

- SÍ, DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)
- NO DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

Autorización para que JHTRA utilice fotografías o video en medios de comunicación social

Como causa contractual adecuada y suficiente, la cual aquí acepto, yo
(Nombre en letra de imprenta) _____ por el medio del presente autorizo a Jackson Hole Therapeutic Riding Association para que tome o solicite que tomen fotografías y películas fijas y en movimiento, incluyendo secuencias para televisión, más y/o de mi hijo o hijos identificado(s) arriba y use y reproduzca dichas fotografías, películas o secuencias para que circulen y se difundan por Facebook* y otros medios sociales.

- SÍ, DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)
- NO DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

Políticas de JHTRA

Mediante la firma de este acuerdo, yo, _____ Participante (o padre/tutor
(Por favor imprima el nombre del participante, padre, madre o tutor legal)

legal si menores de 18 años de edad), estoy de acuerdo con las siguientes políticas de JHTRA:

- Política de pago: Los pagos o una aplicación de beca completa se debe antes de cada período de sesiones.
- Política sobre la asistencia del participante: Si un participante falta a clase, no recibirá un reembolso ni una clase para reponer la clase a la que faltó. Si JHTRA cancela una clase, tendrá la opción de tomar una clase de repuesto o recibir un reembolso.
 - Circunstancias excepcionales: JHTRA puede aprobar las ausencias justificadas de antemano en las que parece ser que es mejor para el participante o la familia del participante.
- Yo entiendo que la arena de JHTRA está arrendado y en terrenos de la escuela pública, y tengo que acatar estas leyes gubernamentales:
 - **NO PERROS** dentro del establecimiento (incluso dentro de los vehículos)
 - **NO PRODUCTOS DE TOBACO** dentro del establecimiento
 - **NO DROGAS/ALCOHOL** permitida dentro del establecimiento o que se toman antes de voluntariado
 - **NO PISTOLAS/ARMAS** dentro del establecimiento
 - **10 MPH** cuando se conduce en los locales (estar alerta y cauteloso, niños jugando)

Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center
PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org
JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”



Consentimiento para la divulgación de información



Por la presente autorizo: _____

(Persona o Facilidad de Médico)

para obtener información sobre los registros de: _____ FDN: _____

(Nombre del participante)

La información puede ser compartido con **Jackson Hole Therapeutic Riding Association.**

para establecer un programa de actividades equinas para el participante nombrado arriba. La información que se compartirá puede incluir:

- Historia clínica
- Evaluación de fisioterapia y plan de tratamiento
- Evaluación de terapia ocupacional y plan de tratamiento
- Diagnóstico de salud mental y plan de tratamiento
- Plan de educación individual para el salón de clases (IEP)
- Evaluación psicosocial y plan de tratamiento
- Plan de control cognitivo y conductual
- Otro: _____

Esta autorización para compartir información es válida por un año y la puedo revocar por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

Nombre (en letra de imprenta): _____

Parentesco con el participante: _____

Envíe los formularios de registro por correo o por fax a:

Jackson Hole Therapeutic Riding Association

PO Box 415

Teton Village, WY 83025

Teléfono: 307-733-1374

Fax: 307-732-0212

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org

JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”



Jackson Hole Therapeutic Riding Association POLÍTICA DE FACTURACIÓN



Los participantes son asignados a las lecciones en una sesión de sesgo. Una sesión consta de 4-7 semanas. Los participantes son facturados por el contable justo antes del inicio de un nuevo período de sesiones. Los participantes reciben una hoja de información de facturación, así como una política de cancelación como parte del paquete de jinete. Este formulario debe estar firmado y convertido en participante como parte del archivo.

Proporcionar una dirección de correo electrónico permite enviar JHTRA declaraciones electrónicamente. Los participantes pueden ver y pagar su factura en línea por tarjeta de crédito en el sitio web indicado en la factura. También podrá efectuarse el pago por cheque o en efectivo.

Si no se ha recibido el pago de la sesión anterior, el participante no será elegible para inscribirse en la siguiente sesión. Los planes de pago están disponibles, comuníquese con el Director Ejecutivo para discutir sus opciones.

La ayuda financiera está disponible si el participante califica. Por favor refiérase a la política de ayudas financieras.

Aprobado por JHTRA en **14 de Marzo, 2018.**

Tori Fancher, Director Ejecutivo



Jackson Hole Therapeutic Riding Association INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN



Nombre del participante:	
Cargo a (nombre completo):	
Dirección de facturación:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	
Email*:	
Please check Equine Assisted Activity or Therapy you are applying for: <input type="checkbox"/> Aprendizaje Asistido Equino <input type="checkbox"/> Equitación Adaptativa <input type="checkbox"/> Hippotherapy <input type="checkbox"/> Necesito más información	Please check which Session you are interested in: <input type="checkbox"/> Sesión de Primavera <input type="checkbox"/> Sesión de Verano <input type="checkbox"/> Sesión de Otoño <input type="checkbox"/> Inseguro
Política de Cancelación	
<p>Los Caballos son muy costosos de mantener y dependemos de los ingresos provenientes de nuestras lecciones para mantener en marcha el programa! A fin de gestionar eficazmente el personal remunerado y horas de voluntariado, JHTRA deben aplicar la siguiente política de cancelación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un crédito será dado solamente cuando JHTRA cancela una clase.• Somos conscientes de algunos de nuestros clientes tienen problemas sanitarios especiales que pueden hacer que el ciclista pierda una sesión. JHTRA permitirá una ausencia justificada por sesión. Si el jinete pierde más de una clase son responsables de pagar por esa clase.• Ningún jinete será capaz de iniciar una nueva sesión si tienen un saldo vencido, desde el anterior período de sesiones. Cualquiera que tenga un saldo vencido, debe ponerse en contacto con el Director Ejecutivo para hacer arreglos de pago. Cualquier corredor que no ha hecho arreglos de pago de una factura vencida no estarán autorizados a viajar.• Si un jinete pierde dos (2) lecciones sin notificar JHTRA, se pueden quitar de la programación para el resto de ese período de sesiones. El endoso puede aplicar para volver a entrar en el programa para el siguiente período de sesiones.	
Gracias por su colaboración!	
Entiendo que serán facturados por los servicios prestados a la mencionada participante(s) y estoy de acuerdo en pagar por estos servicios o presentar una solicitud de ayuda financiera.	
Firma: _____	Fecha: _____
* Proporcionar una dirección de correo electrónico permite enviar JHTRA declaraciones electrónicamente. Su dirección de correo electrónico será utilizada únicamente para facilitar la facturación electrónica y comunicaciones con JHTRA. Usted será capaz de ver y pagar su declaración por internet con tarjeta de crédito en la página web indicada en la declaración. También podrá pagar enviando un cheque o proporcionar dinero en efectivo/cheque a la JHTRA personal.	

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org

JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”



Healing With Horses

Jackson Hole Therapeutic Riding Association SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

- **Nueva petición:** La aplicación inicial podrán ser presentadas en cualquier momento. Por favor permita 30 días para el cargo de director ejecutivo para revisar su aplicación.
- **Solicitud de Renovación:** Las solicitudes completas deben presentarse anualmente y vencen en abril de la nueva temporada de equitación.
- TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SE CELEBRARÁ EN LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.

Nombre del participante: _____ Date of Request: _____

Has aplicado antes? Sí _____ No _____

Son otros de los miembros de su familia para solicitar ayuda financiera de JHTRA? Yes _____ No _____

Si la respuesta es sí, a quien? _____

La información solicitada a continuación se aplica al padre/madre/tutor o participante adulto.

Nombre: _____

Teléfono: Casa _____ Oficina _____ teléfono celular _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Casadas _____ Solo _____ Divorciadas/separadas _____ Viudas _____

Número de niños _____ Las edades _____ # de personas que viven en casa _____

Cliente vive con la: madre _____ Padre _____ ambos padres _____ Guardian _____ Sí _____

INFORMACIÓN FINANCIERA - se requiere la siguiente información para ayuda financiera.

Haga una lista de todas las formas de ingresos recibidos en base anual, para toda la familia. Marque N/A para las que no se aplique a usted.

Wages	Alimony/Spousal Support (income)
Social Security Benefits	Welfare/General Assistance
VA Benefits	Insurance Benefits
Medicaid	Respite Care
Unemployment Benefits	Disability Payment/Workers' Compensation
Child Support (income)	Other
Spousal Support	Total Income:

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org

JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”

Por favor, adjunte una copia de la última declaración del impuesto sobre la renta y los formularios W-2

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿En qué otros tipos de actividades y la terapia hace un jinete participar y con qué frecuencia? _____

Los voluntarios desempeñan un papel importante en el éxito de los programas en el éxito de los programas ofrecidos en JHTRA. Pedimos a todas las familias de nuestros clientes para colaborar como voluntario en cualquier manera que puedan. Compruebe cualquiera de las formas en que le gustaría ser voluntario.

_____ Trabajo sobre los recaudadores de fondos

_____ servir en el comité asesor voluntario

_____ Ayuda con los quehaceres de granero

_____ Realice el mantenimiento de la Comunidad

_____ Ayuda con lecciones

_____ Help en la Oficina

_____ Otros (lista) _____

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta al mejor de mi conocimiento.

Signature

Date

Signature

Date

For Official Use Only

Reduced Fee: _____ **Approved By:** _____ **Date:** _____

Jackson Hole Therapeutic Riding Association | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • 307-733-1374 • F: 307-732-0212 • www.JHTRA.org

JHTRA is a 501(c)(3) nonprofit organization whose mission is to “promote healing with horses through equine assisted therapeutic and educational activities for people of all ages with disabilities, regardless of economic status.”