

*NARHA*

presenta



# Los Sueños Equinos

Un programa terapeutico de Calbagar

Envie las formas completadas a:

Los Sueños Equinos, P.O. La caja 372, Sandwich, IL 60548  
¿Alguna Pregunta? Mande correo electrónico en: [ride@equinedreams.org](mailto:ride@equinedreams.org)

# Los Seunos Equinos Aplicación de participante e Historia de Salud

## INFORMACION GENERAL:

Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián legal: \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente de arriba) : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fuente de referencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted de nuestro programa? \_\_\_\_\_

## HISTORIA de SALUD:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ La Edad del Comienzo: \_\_\_\_\_

Favor de indicar las necesidades especiales actuales o pasadas en las áreas siguientes:

	Si	No	Comentarios
Auditorio			
Visual			
Sensación táctil			
Habla			
Cardíaco			
Circulatorio			
Piel			
Inmunidad			
Pulmonar			
Neurológico			
Muscular			
Equilibrio			
Ortopédico/Cojunturas			
Alergias			
Descapacidad de Aprender			
Cognitivo			
Emocional/psicológico			
Dolor			
Otro			

**Las medicinas** (incluye prescripciones, sin receta; el nombre, la dosis y la frecuencia):

---

---

**Describa sus habilidades/dificultades en las áreas siguientes (incluye ayuda requerida o equipo necesitado):**

**La FUNCION FISICA** (las habilidades de movimiento tales como el andar, el uso de sillón de ruedas, manejar)

---

---

**La FUNCION PSICO/SOCIAL** (el trabajo/escuela incluya el grado completado, los intereses recreativos, la estructura de la relaciones/familia, sistemas de apoyo , animales compañeros, los temores/preocupaciones, etc)

---

---

**¿Las METAS** (por qué solicita usted participación en este programa? ¿Qué quiere usted lograr)?

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PERMISO de USAR su FOTO:**

Yo  Autorizo

No Autorizo

Consienta a y autorice el uso y la reproducción por Sueños Equinos de cualquier y todo todavía y/o fotografía video y cualquier otras materias audio/visuales tomados de mí para la materia promocional, actividades educativas, las exposiciones o para cualquier otro uso en beneficio del programa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cliente, Padre, Guardián Legal**

# La Sueños Equinos Autorización para tratamiento Medico de Emergencia/ Desligo de Responsabilidad

Participante       Empleado       Voluntario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Prefirió Centro médico: \_\_\_\_\_

Compañía de Aseguranza de salud: \_\_\_\_\_ # de poliza: \_\_\_\_\_

Alergias a medicinas: \_\_\_\_\_

Las medicinas actuales: \_\_\_\_\_

## En caso de una emergencia, llamen a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Plano de autorizacion:

En casos donde se requiera tratamiento/ayuda medica debido a una enfermedad o herida durante el proceso de recibir servicios, o al estar en la propiedad de dicha agencia, yo autorizo a Suenos Equinos de:

1. Se asegure y se obtenga tratamiento y transportacion medica, si es necesario.
2. Proveer los registros medicos del cliente a la autoridad u agencia debida, la cual este involucrada en el tratamiento de emergencia medica.

Esta autorizacion incluye servicios de radiografias, cirugia, hospitalizacion, medicinas, y cualquier otro procedimiento que un doctor medico requiera para salvar la vida. Esta condicion solo sera invocara si la persona cuyo nombre esta arriba no esta disponible para dar su consentimiento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de autorizacion: \_\_\_\_\_

Cliente, Padre, Guardián Legal

## Falta de consentimiento Plan de:

No doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia / ayuda, en caso de enfermedad o accidente durante el proceso de recepción de los servicios, o al de la propiedad de los Sueños Equinos.

- El padre o tutor se mantendrá en el sitio en todo momento durante equina actividades subvencionadas.  
 En el caso de que el tratamiento de emergencia y se requiere de ayuda, deseo que el siguiente procedimiento para tener lugar:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Falta de consentimiento Firma: \_\_\_\_\_

Cliente, Padre, Guardián Legal

## Desligo de Responsabilidad:

\_\_\_\_\_ quiere participar en el program de actividades de Suenos Equinos. Yo reconozco los riesgos y los riesgos potenciales de la equitacion. Bajo el Acto de Responsabilidad Equinas, cada participante que toma parte en una actividad equina assume los riesgos de participar, al igual que la responsabilidad legal de heridas, perdida o dano a la persona o propiedad que resulten de los riesgos de actividades equinas. Sin embargo, yo siento que los posibles beneficios para mi, mi hijo(a), son mayores los riesgos tomados. Yo, al ser legalmente responsable para mi, mis herederos y administrantes asignados, desligo para siempre todo reclamo y danos contra Suenos Equinos, actividades equinas, la junta de directores, maestros, terapistas, ayudantes, voluntarios, hspedes y/o duenos de propiedad y sus empleados de cualquier herida que mi hijo(a) puede sostener al tomar parte en las actividades de los programas Suenos Equinos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Autorizacion: \_\_\_\_\_

Cliente, Padre, Guardián Legal

(\*\* Por favor, envíe los próximos 2 formas para el médico de los participantes para completar \*\*)



Date: \_\_\_\_\_

Dear Healthcare Provider:

Your patient, \_\_\_\_\_, is interested in participating in supervised equine activities. In order to safely provide this service, our center requests that you complete the attached Medical History/Physician's Statement Form. Please note that the following conditions may suggest precautions and contraindications to equine activities. Therefore, when completing this form, please note whether these conditions are present, and to what degree.

**Orthopedic**

Atlantoaxial Instability-include neurologic symptoms  
Coxarthrosis  
Cranial Defects  
Heterotopic Ossification/Myositis Ossificans  
Joint subluxation/Dislocation  
Osteoporosis  
Pathologic Fractures  
Spinal Joint Fusion/Fixation  
Spinal Joint Instabilities/ Abnormalities

**Neurologic**

Hydrocephalus/Shunt  
Seizure  
Spina Bifida/Chiari II Malformation/Tethered Cord/HydroMyelia

**Other**

Age – under 4 years  
Indwelling Catheters/Medical Equipment  
Medications – i.e. Photosensitivity  
Poor Endurance  
Skin Breakdown

**Medical/Psychological**

Allergies  
Animal Abuse  
Cardiac Condition  
Physical/Sexual/Emotional Abuse  
Blood Pressure Control  
Dangerous to self or others  
Exacerbations of Medical Conditions (ie. M.S., RA)  
Fire Settings  
Hemophilia  
Medical Instability  
Migraines  
PVD  
Respiratory Compromise  
Recent Surgeries  
Substance Abuse  
Thought Control Disorders  
Weight Control Disorders

Thank you so much for your assistance. If you have any questions or concerns regarding this patient's participation in equine assisted activities, please feel free to contact our center through email at [ride@equinedreams.org](mailto:ride@equinedreams.org).

Sincerely,

Equine Dreams Therapeutic Riding Center

# Equine Dreams Participant's Medical History & Physician's Statement

(a rellenar por el médico)

Participant: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date of Onset: \_\_\_\_\_

Past/Prospective Surgeries: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Seizure Type: \_\_\_\_\_ Controlled: Y N Date of last seizure: \_\_\_\_\_

Special Precautions/Needs: \_\_\_\_\_

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

Braces/Assistive Devices: \_\_\_\_\_

For those with Downs Syndrome: AtlantoDens Interval X-rays, date: \_\_\_\_\_ Result + --

Neurological Symptoms of AtlantoAxial Instability: \_\_\_\_\_

**Please indicate past or present special needs in the following systems/areas, including surgeries:**

	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			

Given the above diagnosis and medical information, this person is not medically precluded from participation in equine assisted activities. I understand that Equine Dreams will weigh the medical information given against the existing precautions and contraindications. Therefore, I refer this person to Equine Dreams for ongoing evaluation to determine eligibility for participation.

Name/Title: \_\_\_\_\_ MD DO

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ License/UPIN Number: \_\_\_\_\_

# Sueños equinos

## La Historia clínica del participante & la Declaración de Médico

Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ La Fecha de del Comienzo: \_\_\_\_\_

Cirugías pasado/futuros: \_\_\_\_\_

Las medicinas: \_\_\_\_\_

Tipo de convulsion: \_\_\_\_\_ Controlado: **Si** **No**

La Fecha de la último convulsion: \_\_\_\_\_

Precauciones/Necesides especiales: \_\_\_\_\_

La movilidad: Ambulacion independiente: **Si** **No** Ayuda de Ambulation: **Si** **No** Silla de ruedas: **Si** **No**

Los Dispositivos de refuerza/Assistive: \_\_\_\_\_

Para ésos con el Síndrome de Down: Las radiografías del Intervalo de AtlantoDens, Fecha: \_\_\_\_\_

El Resultado + --

Los Síntomas neurológicos de la Inestabilidad de AtlantoAxial: \_\_\_\_\_

Favor de indicar actual o pasado las necesidades especiales en las siguientes sistemas/áreas, incluya cirugías:

	Si	No	Comentarios
Auditivo			
Visual			
Sensación táctil			
Habla			
Cardiaco			
Circulatorio			
Piel			
Inmunidad			
Pulmonar			
Neurológico			
Muscular			
Equilibrio			
Ortopédico			
Alergias			
Descapacidad de Aprender			
Cognitivo			
Emocional/psicológico			
Dolor			
Otro			

Dado el diagnóstico e información médica, esta persona no es impedida médicamente de participar en actividades equinas. Entiendo que la organizacion Sueños Equinos evaluara la información médica dada contra las precauciones y contraindicaciones existentes. Por lo tanto, yo refiero a esta persona a la organizacion Sueños Equinos para la evaluación progresiva para determinar la elegibilidad para participación.

Nombre/título: \_\_\_\_\_ MD DO

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Licencia/UPIN: \_\_\_\_\_

# La Sueños Equinos Consentimiento del participante para Compartir Información

Yo autorizo: \_\_\_\_\_  
(Persona o facilidad)

Para compartir información de los registros de: \_\_\_\_\_  
(el Nombre de Participante)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La información sera compartida a: **Sueños Equinos**

Con el propósito de desarrollar un programa de actividades equino para el participante denominado arriba. La información que sera compartida indicada abajo:

- Historia clínico
- Evaluación de la Fisioterapia, la evaluación y el programa planean
- Evaluación de la Terapia ocupacional, la evaluación y el programa planean diagnóstico Mental de la Salud y el tratamiento planea
- Diagnóstico Mental de la Salud y el plan de tratamiento
- Plan Individual de Habilitation (I.H.P.)
- Plan Individual de Educación (I.E.P.)
- Evaluación Psicosocial, la evaluación y plan de programa
- Plan Cognitivo/comportamiento de Administración
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorizacion es válida hasta un año y puede ser revocado, por escrito, por mi peticion.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al Participante: \_\_\_\_\_

Favor de Mandar la materia a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Equine Dreams Participant's Profile (a rellenar por el instructor)

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Disability: \_\_\_\_\_

Ambulatory Status: \_\_\_\_\_

Adapted Equipment Required: \_\_\_\_\_

Mounting/Dismounting (method, number of volunteers) \_\_\_\_\_

Helpers required (indicate gait\* assistance needed; update as needed):

Type of Assistance	Date	Gaits	Date	Gaits	Date	Gaits
Leader and 2 side walkers						
Leader and 1 side walkers						
Leader only						
Side walker						
Independent						

Riding Position (describe): \_\_\_\_\_

Riding skills (indicate gait\*/task is completed; update as needed):

Task	Date	Gaits	Date	Gaits	Date	Gaits
Hold reins						
Hold handhold						
Able to control horse						
Able to circle at the...						
Rides w/out stirrups						
Able to maintain half seat						
Able to post at the...						
Knows diagonal or lead						
Able to steer over cavalletti						

Rider can walk \_\_\_\_\_ sitting trot \_\_\_\_\_ posting trot \_\_\_\_\_ canter \_\_\_\_\_

Horse recommendations \_\_\_\_\_

\*Gaits Key: W – walk; ST – sitting trot; PT – posting trot; C - canter

**PROGRESS NOTES (a rellenar por el instructor)**

**Date:** \_\_\_\_\_  
**Instructor:** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Start Date:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
Volunteers: \_\_\_\_\_  
Goals: \_\_\_\_\_  
Horse/Mounts/Precautions: \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Start Date:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
Volunteers: \_\_\_\_\_  
Goals: \_\_\_\_\_  
Horse/Mounts/Precautions: \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Start Date:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
Volunteers: \_\_\_\_\_  
Goals: \_\_\_\_\_  
Horse/Mounts/Precautions: \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Start Date:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
Volunteers: \_\_\_\_\_  
Goals: \_\_\_\_\_  
Horse/Mounts/Precautions: \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Start Date:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
Volunteers: \_\_\_\_\_  
Goals: \_\_\_\_\_  
Horse/Mounts/Precautions: \_\_\_\_\_

**Group Goals:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #1 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #2 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #3 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGRESS NOTES (pg. 2)**

**Week #3 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #4 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #5 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #6 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #7 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #8 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #9 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #10 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #11 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Week #12 Lesson Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Semester Summary:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_