



SOLICITUD DE JINETE

Nombre _____ Fecha _____
Nombre del cliente

Nombre de Escuela _____

Para registrarse como jinete en la Academia de equitación de Pegasus la aplicación adjunta son completamente obligatorios. Esta información es necesaria para la seguridad del conductor. Aplicaciones no totalmente rellenas se devolverán que el jinete se programará en una clase cuando se aprueba la solicitud. Ningún solicitante será permitido a caballo hasta la aplicación es recibida y aprobada.

Adjunto encontrará lo siguiente: **LAS FIRMAS NECESARIAS**

_____ FORMA DE REGISTRO (*Registration*)

_____ AUTORIZACION DEL MEDICO - **Se requiere la firma del médico y el sello de la oficina.**

_____ LIBERACION DE RESPONSABILIDAD (*Liability Release*)

_____ AUTORIZACION PARA DAR ATENCION A UN MENOR (*Authorization to Treat Minor*)

_____ LIBERACION/AUTORIZACION DE TOMAR FOTOGRAFIAS (*Authorization for Photos*)

RELLENE ESTE FORMULARIO Y VUELTA COMPLETA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE CORREO.

Si tiene alguna otra pregunta, por favor deje un mensaje en la oficina de Pegasus Ranch. Uno de nuestros empleados se pondrá en contacto con usted. El número de teléfono es: 760-772-3057.

MAILING ADDRESS: Pegasus Therapeutic Riding, PO BOX 13508, Palm Desert, CA. 92255-3588

Dirección: Pegasus Therapeutic Riding, 20555 Mountain View Rd, Desert Hot Springs, Ca 92241
Numero de telefono: 760.772.3057

**Pegasus Therapeutic Riding 20555 Mountain View Rd, Desert Hot Springs, CA, 92241
Phone: 760.772.3057 E-mail: info@pegasusridingacademy.org**



FORMA DE REGISTRO
Registration

FECHA: _____
Page 1 of 5

Nombre del Estudiante _____ Edad: _____

Direccion: _____

Telefono: Dia: _____ Noche: _____

Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social# _____

Padre o Tutor Legal: print: _____ **Firma** _____

***** Lugar de Empleo del Padre o Tutor _____

Informacion Del Seguro Medico:

Compania de Seguros: _____

Direccion: _____

Numero de Medicare: _____ Numero del Medical: _____ Numero de Certificado _____

Numero de _____ Numero de _____

Grupo: _____ Poliza: _____Codigo: _____

Informacion Del Seguro Medico: (Medical Info)

Nombre del Medico _____ Telefono: _____
Print

Direccion: _____

Discapacidad: _____ Date of Onset: _____

Medicamentos: _____

Medicamentos o alimentos a los que es alergico: _____

Indique cualquier otro Problema Medico: (feeding tubes, shunts, hearing aids) etc. _____

PADRE, MADRE, O GUARDIAN :En caso de emergencia llamar : Trabajo o Casa o cell

Padre/Guardian: _____ Telefono dia: _____

Madre/Guardian: _____ Telefono dia: _____



HISTORIAL MÉDICO

Medical History

Fecha: _____

Page 2 of 5

HISTORIA CLÍNICA: DEBE COMPLETARSE EN LA OFICINA DE MÉDICOS CON FIRMA Y SELLO DEL PHYSICIAN

NOMBRE DEL SOLICITANTE / PACIENTE: _____ DOB: ____ / ____ / ____ AGE ____

SEX: _____ HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ PULSE: _____ B.P.: _____

DIAGNOSIS _____

CAUSE: _____

MEDICATIONS (Type, Purpose, Dose): _____

If Downs Syndrome, Atlanto-Axial Subluxation? Yes _____ No _____

Cervical X-Ray for Atlanto-Axial Subluxation: Positive _____ Negative _____ X-ray Date: _____

Tetanus Shot: Yes _____ No _____ Date: _____

MOBILITY STATUS:

Ambulatory? Yes _____ No _____

Can the patient ambulate independently? Yes _____ No _____

If No, describe:

PROSTHETICS / ORTHODONTICS:

Type: _____ Purpose: _____

Type: _____ Purpose: _____



HISTORIAL MÉDICO

MEDICAL HISTORY CONTINUED

Fecha: _____
Page 3 of 5

Please describe any other additional information that might help us to work with this Applicant/Patient

Please indicate if the Applicant/Patient has a history of the following secondary problems by checking yes or no. If YES, please include COMPLETE information pertaining to the problem.

PROBLEM	Yes	No	IF YES, History of, Describe
Auditory Impairment	_____	_____	_____
Learning Disability	_____	_____	_____
Mental Impairment	_____	_____	_____
Psychological Impairment	_____	_____	_____
Speech Impairment	_____	_____	_____
Visual Impairment	_____	_____	Glasses: _____
Allergies	_____	_____	_____
Cardiac	_____	_____	_____
Circulatory PVD	_____	_____	_____
Postural Hypotension	_____	_____	_____
Hemophilia	_____	_____	_____
Asthma/COPD	_____	_____	_____
Neurological	_____	_____	_____
Seizures	_____	_____	Controlled _____ Last Seizure: _____
Hydrocephalus	_____	_____	_____
Shunt, if yes, where?	_____	_____	_____
Sensory Loss	_____	_____	_____
Pain	_____	_____	_____
Muscular Contractures	_____	_____	_____
SKELETAL			
Heterotrophic Ossification	Y	N	_____
Spinal Column Injury	Y	N	_____
Subluxing Joints	Y	N	_____
Joint Disease	Y	N	_____
Dislocating Joints	Y	N	_____
Laminectomy/Fusion	Y	N	_____
Scoliosis	Y	N	_____
Brace	Y	N	_____
Kyphosis/Lordosis	Y	N	_____
Cranial Defects	Y	N	_____
Fractures	Y	N	_____
Spondylolisthesis	Y	N	_____
Spinal Abnormality	Y	N	_____
Osteoporosis	Y	N	_____



HISTORIAL MÉDICO

MEDICAL HISTORY CONTINUED

Fecha: _____

Page 4 of 5

Please indicate any medical problems not indicated on pages 2 & 3:

Please indicate special precautions:

Physician's Signature: _____ **Date:** _____

Physician's Name: (Please Print) _____

Physician's Address: _____

Telephone Number: _____ - _____ - _____

PHYSICIAN'S RUBBER STAMP HERE

PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT IF APPLICABLE: PLEASE PRINT

PATIENT: _____ Date of Birth: _____ School Placement: _____

Disability: _____ Ambulatory: Y / N _____ Muscle Tone: _____

Sensation: _____ Rom Limitations: _____

Balance / Equilibrium: _____ Other Structural Abnormalities: _____ Equipment: _____

Evaluation Summary _____ Precautions or Restrictions _____

Suggested Exercises: _____ Physical Therapist (Names) _____

Address: _____

Phone: _____ Signature: _____



LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

page 5 of 5

Se requieren firmas para cada una de las (3) exenciones/autorizaciones a continuación.

* Nombre del Cliente:

Este cliente / Rider está representado para todas las versiones y renuncias como sigue a continuación le gustaría participar en la Academia de equitación de Pegaso para el programa de discapacitados. Reconozco los riesgos y el potencial de los riesgos de equitación. Sin embargo, creo que los posibles beneficios para mí y mi hijo y mi hija mi barrio son mayores que el riesgo asumido. Me queda, con la intención de obligarse jurídicamente para mí, mis herederos y cesionarios, albaceas o administradores, renunciar y liberar para siempre de todas las reclamaciones por daños y perjuicios contra Pegaso Academia de equitación para discapacitados y su Junta de directores, instructores, terapeutas, ayudantes, voluntarios y / o empleados por lesiones todas y / o pérdidas me / mi hijo y mi hija / mi barrio puede sostener mientras participaba en la Academia de equitación de Pegaso para los minusválidos ®.

Print Nombre: _____ FIRMA: _____ Fecha: _____
Padre, Madre, o Guardian Padre, Madre, o Guardian

AUTORIZACION PARA DAR ATENCION A UN MENOR

Yo / nosotros, el padre de abajo firmantes, padres o tutor legal del cliente / jinete llamado anteriormente, un menor de edad, queda autorizar y su consentimiento a cualquier radiografía examen, diagnóstico de anestésico, médica o quirúrgica prestados bajo supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y del personal de la sala de emergencias con licencia conforme a las disposiciones de la ley de práctica de la medicina, un dentista con licencia conforme a las disposiciones de la ley de práctica Dental y en el personal de cualquier Hospital General de agudos sosteniendo una licencia actual para operar un hospital desde el estado de California departamento de salud pública. Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o la atención hospitalaria que sea necesaria pero es darle autoridad y poder prestar la atención que el médico mencionado en el ejercicio de su juicio mejor estime conveniente. Se entiende que se hará lo posible para contactar con los firmantes antes para procesamiento de tratamiento para el paciente, sino que cualquiera de...

List any restrictions: _____

Nombre: _____ FIRMA: _____ Fecha: _____
Circle: Padre, Madre, o Guardian

Este formulario de consentimiento, liberación y renuncia permanecerá efectiva hasta la expiración de esta forma que es de tres años desde la fecha. **EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:**

Nombre: _____ CELL _____ Nombre: _____ CELL _____
Padre Madre

AUTORIZACION DE TOMAR FOTOGRAFIAS

* Para consideración valiosa y que es reconocido por la presente, el abajo firmante otorga permiso de Academia de equitación de Pegaso para tomar o han tomado todavía y mover fotografías y películas, incluyendo imágenes de televisión de nuestra / mi hijo, hija, ward. Al firmar esta el jinete, padre o tutor, consiente y autoriza la Academia de equitación de Pegaso, sus agencias de publicidad, medios de prensa y otras personas interesadas en la Academia de equitación de Pegasus y su trabajo, para utilizar y reproducir las fotografías, películas y fotos y para distribuir y dar a conocer el mismo por todos los medios incluyendo, sin limitar la Generalidad de los periódicos que preceden, medios de televisión, folletos, películas, folletos, material didáctico, libros y material clínico. Con respecto a las cuestiones que preceden, incentivos ni promesas han hecho a nosotros me asegurar nuestra / mi firma (s) para esta versión distintas de la intención de la Academia de equitación Pegasus para utilizar o causar que se utilizará, como fotografías, películas y fotos para

PHOTO'S AUTHORIZED: FIRMA: _____ FECHA: _____
Padre, Madre, o Guardian

Si el jinete, padre o tutor no desea fotos tomadas bajo ninguna circunstancia, circulo y firmar abajo "NO fotos"

NO FOTOS: FIRMA: of Padre, Madre, o Guardian: _____
Requesting no photos be taken

NOTA: SI NO CIRCULA "NO FOTOS" Y FIRMA, SE PODRÁN TOMAR FOTOGRAFÍAS.



CALIFICACIONES / CÓDIGO DE VESTIMENTA PARA JINETES

Padres, Jinetes, Cuidadores y Maestros;

Guarde esta página para su información.

CALIFICACIONES:

- ❖ **Adults:** Jinetes deben considerarse minusválidos por el sistema de Seguridad Social
- ❖ **Children:** Riders deben considerarse minusválidos por el sistema de escuelas públicas
- ❖ Todos los solicitantes deben completar el "paquete de Riders" que incluiría la aprobación firmada de médicos para candidatos a participar en el programa
- ❖ Peso máximo: 180 lbs., sin excepciones por la SEGURIDAD del jinete, el caballo y el voluntario.

CÓDIGO DE VESTIMENTA DEL JINETE:

- ❖ Para un viaje seguro y beneficioso pedimos que todo el mundo siga el debajo del código de vestimenta. Si no se sigue el código de vestimenta podrá solicitarse el jinete no a montar esa semana. Nuevamente, estas reglas son para la seguridad del conductor.
- ❖ Pantalones largos: para proteger las piernas de los jinetes de camuflaje y conseguir pellizcados en correas de silla Cerrado los zapatos, zapatillas y botas son buenos, NO SANDELS o FLIP FLOPS. Si un jinete lleva los zapatos de dedos abiertos, **sandalias o chancas no serán** permitidos a montar.
- ❖ Vestidos o faldas
- ❖ Tops, nada cómodos, mantén en condiciones meteorológicas de mente
- ❖ Cascos: Son proporcionados por Pegasus y deben ser usados. Nuestros cascos cumplen con todos los códigos de seguridad del Estado. Los jinetes pueden traer su propio casco siempre y cuando cumplan con el código de seguridad del Estado.

Si tiene alguna otra pregunta, por favor deje un mensaje en la oficina de Pegasus Ranch. Uno de nuestros empleados se pondrá en contacto con usted. El número de teléfono es: 760-772-3057.

Form: 9.10.24

COPIA DEL JINETE

**Pegasus Therapeutic Riding 20555 Mountain View Rd, Desert Hot Springs, CA, 92241
Phone: 760.772.3057 E-mail: info@pegasusridingacademy.org**