



**Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado, Inc.**  
11968 Mineral Road, Longmont, CO 80504  
(303) 652-9131 FAX (303)652-2072 [www.ctrcinc.org](http://www.ctrcinc.org)

Estimado participante anticipado:

Gracias por su interés en Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado (CTRC); ¡Nos excitan para dirigir le y/o a su jinete en hacer un participante con nosotros! Es nuestra misión para promover el bienestar físico, psicológico y social de personas con inhabilidades con su interacción con un equipo terapéutico que consiste en un caballo, un instructor y/o a un terapeuta, y se ofrece voluntariamente. 501 (c) (3) la organización no lucrativa y un centro acreditado primero de PATH Intl, CTRC ha estado proveyendo del montar a caballo terapéutico y de otras actividades asistidas equinas a los individuos necesidades especiales en el área de Denver/de Boulder desde 1980.

La aplicación para sentir bien a un participante en CTRC es un proceso de tres pasos - uso, sumisión y evaluación. Primero, termine el uso incluido (usted termina el uso del participante, la forma del consentimiento del participante y del lanzamiento y su médico termina la declaración del historial médico y del médico). Segundo, devuelva los impresos terminados a CTRC vía correo, fax o email. Tercer, se programa una evaluación. También en este paquete, está la información útil sobre nuestro horario de la sesión, descripciones de programa y honorarios. Si en cualquier paso en este proceso usted necesita ayuda, no vacile por favor entrarme en contacto con.

Las evaluaciones son 45 minutos, incluyendo una porción de la oficina y un breve ejercicio montado, durante los cuales trabajaremos juntos para decidir qué programa es el más apropiado, se aseguran de que no hay contraindicaciones a la participación y discuten metas. Después de una evaluación acertada y la determinación que mantiene puede con seguridad ser proporcionado a o su jinete es elegible participar en las sesiones próximas de CTRC. Las evaluaciones terapéuticas del montar a caballo no son ninguna carga. Las evaluaciones de Hippotherapy, que requieren un presente del terapeuta, se determinan un honorario de \$45.00 terapeutas.

Para que cada uno salga al la mayoría de sus experiencias en CTRC nos nos esforzamos proporcionar las condiciones posibles más seguras y adherirnos a las precauciones y a las contraindicaciones para los participantes establecidos por PATH Intl. Repase por favor las políticas siguientes de CTRC:

#### POLÍTICAS DEL PARTICIPANTE:

1. La aceptación y la continuación de un participante depende de la disponibilidad de instructores, de voluntarios y de caballos convenientes.
2. El límite del peso del jinete está conforme a CTRC' política de la altura/del peso de s y disponibilidad del caballo.
3. CTRC conserva la derecha de rechazar en cualquier momento a cualquier participante que no poder acomodar con seguridad.
4. Pedimos que los participantes nos informen cualquier cambio en estado de salud.
5. Una actualización anual de la declaración de la forma y del médico del historial médico se requiere.
6. Cuando los caballos de near/on, participantes deben usar los cascos ASTM-aprobados del montar a caballo, que CTRC suministra.
7. Se requiere la ropa apropiada, e.g. zapatos del cerrado-dedo del pie (talones si es posible).

Estoy disponible asistir al proceso del producto así como respuesta a cualquier pregunta con respecto el uso, la evaluación, los programas y/o a los honorarios que pueden presentarse. Éntreme en contacto con por favor en [penelope@ctrcinc.org](mailto:penelope@ctrcinc.org) o 303-652-9131. Gracias otra vez por su interés en nuestros programas. Miro adelante al trabajo con usted y/o su jinete.

Sinceramente,

*Penélope Powell*

Penélope Powell  
Coordinadora del programa



**Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado, Inc.**  
**11968 Mineral Road, Longmont, CO 80504**  
**(303) 652-9131 FAX (303)652-2072 www.ctrcinc.org**

### APLICACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Para poder garantizar la mejor atención y el mejor cuidado, los empleados y voluntarios de CTRC serán informados sobre las habilidades/ discapacidades del participante.**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer  Raza/Etnicidad (opcional) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Instituto Escolar \_\_\_\_\_

Nombre (s) Representante o Tutor Legal \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del representante o participante \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Primario \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

Lista de números y de quién es el número, si no es del participante:

Hogar # \_\_\_\_\_ Si no es el número del participante, ¿de quién es? Nombre: \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_ Si no es el número del participante, ¿de quién es? Nombre: \_\_\_\_\_

Celular # \_\_\_\_\_ Si no es el número del participante, ¿de quién es? Nombre: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó del programa? \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia en equitación previa? Si ese es el caso, describa:

\_\_\_\_\_

**Habilidades físicas**

¿Está capacitado el participante en las habilidades siguientes? Marque X para sí:

<input type="checkbox"/>	Se sienta sin ayuda
<input type="checkbox"/>	Se para solo
<input type="checkbox"/>	Camina sin asistencia
<input type="checkbox"/>	Corre sin asistencia

<input type="checkbox"/>	Utiliza las manos independientemente
<input type="checkbox"/>	Libera objetos
<input type="checkbox"/>	Soporta peso en las manos

<input type="checkbox"/>	Utiliza el baño independientemente
<input type="checkbox"/>	Sube las escaleras
<input type="checkbox"/>	Soporta peso en las piernas

Describe el Balance en General: \_\_\_\_\_

Escriba y explique CUALQUIER aparato de asistencia que el participante pueda usar en el hogar o en el colegio:

Comentarios en impedimentos de oído o visión: \_\_\_\_\_

Mano Dominante:  Izquierda  Derecha  No Tiene Preferencia

**Sensorial**

Describe cualquier sensibilidad en las áreas siguientes:

Visual (viendo): \_\_\_\_\_

Auditiva (escuchando): \_\_\_\_\_

Olfativa (oliendo): \_\_\_\_\_

Tacto (tocando): \_\_\_\_\_

Motriz (movimiento): \_\_\_\_\_

**Cognición y Procesamiento:**

No existen preocupaciones (Si no existen preocupaciones en cualquiera de las áreas siguientes, vaya directamente a la sección del Perfil de la Personalidad)

Si existen preocupaciones en el área de cognición y procesamiento, complete lo siguiente:

¿Está capacitado el participante en las habilidades siguientes? Marque X para sí:

EDUCACIONAL/COGNITIVO	SOCIAL	LENGUAJE
<input type="checkbox"/> Se sabe los números	<input type="checkbox"/> Reconoce Nombre	<input type="checkbox"/> Emite sonidos
<input type="checkbox"/> Se sabe las letras	<input type="checkbox"/> Hace contacto visual	<input type="checkbox"/> Dice palabras
<input type="checkbox"/> Reconoce la izquierda/derecha	<input type="checkbox"/> Saluda/dice hola/adiós	<input type="checkbox"/> Combina 2 o más palabras
<input type="checkbox"/> Se sabe las proposiciones	<input type="checkbox"/> Comparte juguetes/cosas	<input type="checkbox"/> Habla en frases completas
<input type="checkbox"/> Comunica sentimientos	<input type="checkbox"/> Tiene conocimiento de seguridad	<input type="checkbox"/> Entiende "No"
<input type="checkbox"/> Toma decisiones	<input type="checkbox"/> Interactúa con sus compañeros	<input type="checkbox"/> Identifica el sonido de las letras
	<input type="checkbox"/> Tiene conversación apropiada	<input type="checkbox"/> Señala o utiliza gestos
	<input type="checkbox"/> Toma turnos	<input type="checkbox"/> Utiliza símbolos de fotos

Sigue Instrucciones: 1er Paso \_\_\_ 2do Paso \_\_\_ 3er Paso \_\_\_ Complejo \_\_\_

Presta atención a la tarea: Bajo (0-1 min) \_\_\_ Normal (1-5 min) \_\_\_ Promedio (5 min) \_\_\_

Tolerancia de Frustración: Bajo \_\_\_ Normal \_\_\_ Promedio \_\_\_

Resolución de Problemas: Bajo \_\_\_ Normal \_\_\_ Promedio \_\_\_

**Perfil de la Personalidad**

Describe la personalidad y las fortalezas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las actividades y temas favoritos? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos de los miedos o desagradados? \_\_\_\_\_

Problemas psicológicos, emocionales, de conducta y sociales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estilo de aprendizaje, encierre en un círculo: Visual/ Aprende observando Auditivo/ aprende escuchando cinestético / aprende haciendo

Estrategias utilizadas de intervención exitosas (Modalidades sensoriales, comportamiento, recompensa, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo que se debe hacer y no se debe hacer en nuestra familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Otras cosas especiales que debemos saber? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Menciones algunas metas (ej. ¿Qué quisiera lograr con la equitación terapéutica/hipoterapia? ):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta forma fue llenada por (participante/representante/otro): \_\_\_\_\_

\* Si desea adjunte hojas adicionales o más información (ej. IEP)

\*Si quiere incluya una foto para su archivo



**Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado, Inc.**  
**11968 Mineral Road, Longmont, CO 80504**  
**(303) 652-9131 FAX (303)652-2072 www.ctrcinc.org**

## CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia y/o que tratamiento médico sea requerido debido a una enfermedad contraída o herida causada durante la participación de los servicios de, o mientras este en la propiedad del Centro Terapéutico de Equitación de Colorado (CTRC, por sus siglas en Inglés), autorizo a CTRC a obtener y retener tratamiento médico y/o transporte de ser requerido. Esta autorización incluye cualquier tratamiento que sea considerado necesario por un profesional de atención médica e incluye pero no está limitado a rayos X, cirugía, hospitalización, y medicamentos. Además, autorizo a CTRC a entregar documentos míos, y/o de mi hijo/a o aquellas personas bajo mi tutela a cualquier individuo involucrado en el tratamiento médico y/o transporte necesario.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

o contactar a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

o contactar a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico (opcional) \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Participante \_\_\_\_\_

(o firma del representante/tutor legal, si el participante es menor de 18 años)

**RELEVO DE RESPONSABILIDAD:** Bajo la ley de Colorado los profesionales de equitación no son responsables por daños causados o la muerte de participantes durante actividades equinas como consecuencia de los riesgos inherentes que conllevan dichas actividades, conforme a lo establecido en la sección 13-21-119, Estatutos Revisados de Colorado.

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del participante) quiero participar en el programa del Centro Terapéutico de Equitación de Colorado (CTRC, por sus siglas en Inglés). Entiendo los peligros y potenciales riesgos asociados con montar y trabajar con caballos. No obstante, creo que los posibles beneficios para mi/ mi hijo/a / aquellas personas bajo mi tutela, son mayores que los riesgos potenciales. Por medio de la presente, yo declaro responsabilidad jurídica vinculante, por mi persona, mis herederos, asociados, ejecutores y/o administradores, renuncio y relevo para siempre todos los reclamos por daños y perjuicios en contra de CTRC, su Junta Directiva, Gabinete de Asesores, instructores, asistentes, voluntarios, empleados, agentes, y representantes, por cualquier tipo por cualquier y todas las lesiones, daños, reclamaciones, demandas, causas de acción, acción legal, y/o perdidas que yo/mi hijo/a o aquellas personas bajo mi tutela pudiesen sustentar durante la participación en el programa de CTRC.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Participante \_\_\_\_\_

(o firma del representante/tutor legal, si el participante es menor de 18 años)

**RELEVO DE USO DE FOTO Y PUBLICIDAD (opcional):** Por medio de la presente, yo otorgo permiso y autorizo al Centro Terapéutico de Equitación de Colorado a que usen, mi nombre y/o el de mi hijo/a o aquellas personas bajo mi tutela, en todos los materiales de audio, visual y escritos de promoción y a que usen y/o reproduzcan todas y cada una de las fotos y otros materiales audiovisuales tomados de mi persona, hijo/a o aquellas personas bajo mi tutela para uso en materiales promocionales, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso que genere un beneficio al programa.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Participante \_\_\_\_\_

(o firma del representante/tutor legal, si el participante es menor de 18 años)



**Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado, Inc.**  
11968 Mineral Road, Longmont, CO 80504  
(303) 652-9131 FAX (303)652-2072 [www.ctrcinc.org](http://www.ctrcinc.org)

**Estimado Proveedor de Servicios Médicos:**

Su paciente está interesado/a en participar en actividades ecuestres supervisadas. Para poder proveer este servicio de manera segura, le pedimos que llene (o actualice) la forma adjunta de historial médico. Observe que las siguientes condiciones pueden requerir precauciones y restricciones para actividades equinas. Por lo tanto, al llenar la forma, indique si estas condiciones existen y en qué grado.

**Ortopédico**

Inestabilidad Atlantoaxial – incluye síntomas neurológicos  
Coxa Artrosis  
Déficit Craneal  
Osificación Heterotópica/ Miositis Osificante  
Subluxación de Articulación/dislocación  
Osteoporosis  
Fracturas Patológicas  
Fusión de la Columna/Fijación  
Inestabilidad Espinal/Anomalías

**Neurológico**

Hidrocefalia/Derivación  
Convulsiones  
Espina Bífida /Malformación de Chirari tipo II /Medula Anclada/Hidromielia

**Medico/Psicológico**

Alergias  
Abuso de Animales  
Abuso Físico/Sexual/Emocional  
Control de la Presión Arterial  
Peligroso para si mismo u otros  
Exacerbaciones de condiciones médicas  
Piromanía  
Condición del corazón  
Hemofilia  
Inestabilidad médica  
Medicamentos– ej. Fotosensible  
Migrañas  
PVD  
Poca Resistencia  
Compromiso Respiratorio  
Cirugías Recientes  
Ruptura de la piel  
Abuso de sustancias  
Problemas de trastorno mental  
Problemas de control de peso

Gracias por su ayuda. Si tiene alguna pregunta o inquietud respecto a la participación del paciente en actividades equinas, contácteme al (303) 652-9131

Sinceramente,

*Penelope Powell*

Coordinadora del Programa



**Centro Terapéutico Ecuestre de Colorado, Inc.**  
 11968 Mineral Road, Longmont, CO 80504  
 (303) 652-9131 FAX (303)652-2072 www.ctrcinc.org

## HISTORIA MÉDICA DEL PARTICIPANTE Y DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Para ser completado por el médico

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar # \_\_\_\_\_

Nombre del representante (s)/ Tutor Legal(es) \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_

**Movilidad:** Ambula Independiente  Ambula con asistencia: Aparatos Ortopédicos  Muletas  Caminadora  Silla de Ruedas

**Precauciones Especiales:**

Convulsiones: Si  No  Tipo de Convulsión \_\_\_\_\_ Fecha de la Última convulsión \_\_\_\_\_

¿Están Controladas? Si  No

Derivaciones: Si  No  Fecha del último examen \_\_\_\_\_

Síndrome de Down: Rayos X del Intervalo Atlántico Den, Fecha \_\_\_\_\_ Resultado + ---

¿Algún síntoma neurológico de inestabilidad Atlantoaxial? \_\_\_\_\_

**Primario** Diagnostico/Preocupación Actual \_\_\_\_\_ Fecha del comienzo \_\_\_\_\_

**Secundario** Diagnostico/Preocupación Actual \_\_\_\_\_

**Indique si ha tenido o tiene síntomas y/o problemas de salud en las áreas siguientes, incluyendo cirugías:**

ÁREAS	SI	NO	COMENTARIOS
Visual			
Auditiva			
Tacto			
Habla y Lenguaje			
Cognitivo y Procesamiento			
Aprendizaje y Desarrollo			
Comportamiento Psicológico/Emocional			
Muscular			
Balance			
Ortopédico – Mencione Escoliosis o Subluxación de cadera /Dislocación			
Neurológico			
Cardíaco			
Circulatorio			
Pulmonar			
Ruptura de la Piel			
Inmunidad			
Dolor			
Alergias			
Otro			

*En mi opinión, no existe alguna razón por la que esta persona no pueda tomar parte en las actividades ecuestres supervisadas. Estoy de acuerdo con una revisión de las habilidades y/o limitaciones de esta persona por un profesional acreditado de servicios médicos, si es necesario para la implementación de un programa ecuestre efectivo.*

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Nombre y Título (En printa)** \_\_\_\_\_ MD DO NP PA

**Firma** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_