



## Información del Empleado/Voluntario e Historial de Salud

### Información General

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

¿A través de qué medio ha tenido conocimiento de nuestro programa? \_\_\_\_\_

### Datos de Salud

Por favor describa su presente condición de salud, particularmente a lo que se refiere las exigencias físicas/emocionales de trabajar en un programa de equitación adaptada o alguna condición médica crónica. Comunique su estado físico, cardíaco, respiratorio, articulación y función de los huesos, hospitalización/ cirugías recientes, o cambios de estilo de vida.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Plan de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, indique persona de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_

**Indique las áreas de interés:**

Programa	Eventos Especiales	Administración
Manejo Caballos	Recaudación de fondos	Relaciones Públicas
Asistir con el Estudiante	Olimpiadas Especiales	Escribir Propuestas
Mantenimiento de Establos	Concurso de Caballos	Boletín
Reparación de las Instalaciones		Reclutamiento de Voluntarios
Evaluación de resultados		Fotografía/Video
		Presupuesto y Finanzas
		Planificación

\_\_\_\_\_ Me gustaría empezar lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_ Estoy interesada(o) en ser voluntaria(o), pero no puedo empezar ahora. Estoy disponible a partir de \_\_\_\_\_ (fecha)

**Indique los días disponibles:** No hay obligación o compromiso, simplemente para saber disponibilidad.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado
9.00-11.30 AM	9.00- 11.3.00	9.00-11.30 AM	9.00-11.30 AM	9.00-11.30 AM	9.00 AM.-4.00 PM
3.00-5.00 PM					

¿Se siente usted cómodo trabajando o caminando alrededor de los caballos? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tiene experiencia con caballos? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tiene experiencia con personas con incapacidades mentales o físicas? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



### **Autorización para el uso de Fotografías**

Yo, SI \_\_\_ NO \_\_\_ consiento y autorizo el uso y la reproducción por **FUNDACION CARRUSEL** de cualquiera y todas las fotografías y cualquier otro tipo de audio o materiales visuales tomado de mi para el material de promoción, actividades educativas, exposiciones o para cualquier otro uso para el beneficio del programa.

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

Nombre: \_\_\_\_\_

### **Acuerdo de Confidencialidad**

Entiendo que toda información (escrita y verbal) acerca de los participantes en **FUNDACIÓN CARRUSEL** es confidencial y no será compartida con nadie sin el consentimiento expresado y escrito por el participante y sus padres/tutor legal en el caso de un menor de edad.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Empleado/Voluntario)

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