



Deporte y Terapia Ecuestre para  
Personas con Necesidades Especiales

FORMA 001

**SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROGRAMA DE EQUINOTERAPIA**

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

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Centro de educación al que asiste: \_\_\_\_\_

Teléfono de la institución: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE**

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

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO**

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

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



Deporte y Terapia Ecuestre para  
Personas con Necesidades Especiales

## FORMA 002

### **FORMULARIO MEDICO (a completar por pediatra o médico del desarrollo)**

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:    M                    F

Peso: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico que completa este Historial:

\_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Por favor indicar pasadas y actuales necesidades especiales en las siguientes áreas:

	Si	No	Explique
Visión/			
Usa lentes			
Audición			
Usa placas dentales			
Problemas sanguíneos			
Dieta especial			
Habla y lenguaje			
Diabetes			
Problemas cardiacos			
Fiebre alta			
Evacuación			
Hernias			
Emocional/Salud Mental			
Comportamiento			
Dolor			
Huesos/articulaciones			
Músculos			
Problemas renales			
Alergias			
Convulsiones			
Embarazo			

En caso de que estudiante tenga el SINDROME DE DOWN:

Tiene RX de cuello:           SI           NO

Resultado: \_\_\_\_\_ Positivo para subluxación Atlanto –axial

\_\_\_\_\_ Negativo para subluxación Atlanto –axial

Medicamentos:

Nombre, Presentación, Dosis, Horarios y para qué la toma.

---

---

---

---

---

---

---

Es alérgico a algún medicamento o alimento: \_\_\_\_\_

Inmunizaciones:

Tétanos: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Fecha de la última vacuna \_\_\_\_\_

¿Existe alguna restricción para el estudiante para su participación en equinoterapia y/o programa de arte? Por favor explique. \_\_\_\_\_

---

---

Función Física: \_\_\_\_\_

---

Función Psico-social: \_\_\_\_\_

---

HE EXAMINADO AL ESTUDIANTE Y EN MI OPINION NO EXISTE UNA RAZON MENTAL O FISICA POR LA QUE NO PUEDA TOMAR PARTE DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE EQUINOTERAPIA (actividades terapéuticas con los caballos que incluye la monta al paso, trote y galope )Y ARTE.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

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

No. de licencia profesional: \_\_\_\_\_



## **CERTIFICADO DE DIAGNÓSTICO**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CERTIFICO Y DOY FE QUE LOS DATOS QUE INFORMO SON EXACTOS.**

PROFESIONAL MEDICO (Este formulario deberá ser llenado por un profesional autorizado y capacitado para el efecto.)

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

**Título:** \_\_\_\_\_

**No. de Licencia Profesional:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Pueblo:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Firma y Sello:** \_\_\_\_\_

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



FORMA 003

## **AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN RELEVO DE RESPONSABILIDAD**

Yo \_\_\_\_\_, en mi calidad de  
(Nombre del padre, madre o tutor)  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
(Padre, madre o tutor) (Nombre del participante)

estudiante a favor de quien solicito su participación en el Programa de Equinoterapia de la Fundación Carrusel en el Bosque Ecuestre La Sebastiana, por la presente hago constar que tengo conocimiento de los peligros y riesgos inherentes e involucrados en actividades ecuestres que pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente: • comportamiento de caballo o temperamento que incluye mordidas, patadas o pisar una persona; • Caerse o ser tirado de un caballo, ese riesgo aumenta a mayor velocidad; • Imprevistos desajuste o mal funcionamiento de sillas de montar y tack; • Lesiones infligidas por animales, insectos, plantas u otros participantes; • Consecuencias de las fuerzas de la naturaleza incluyendo relámpagos, cambios insospechados en el terreno, los cambios climáticos y otros no; • El esfuerzo físico asociado con paseos a caballo.

El estudiante cuenta con mi permiso para participar en las actividades del programa antes mencionado en forma definida y hasta que éste finalice, o sea, desde el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Hago constar que el estudiante está física y mentalmente capacitado para participar en este programa, no existiendo evidencia alguna que pudiera impedir su participación. Entiendo y acepto que si el participante tiene Síndrome de Down, no podrá participar en el programa a menos que un examen radiológico completo establezca la ausencia de inestabilidad Atlanto-Axial y un médico debidamente autorizado para ejercer la medicina en Puerto Rico así lo autorice.

Al autorizar la participación del estudiante, otorgo específicamente mi permiso a Fundación Carrusel en el Bosque Ecuestre La Sebastiana para hacer uso de la figura, nombre y palabra del estudiante en medios de comunicación para fines de publicidad del programa y para recaudar

los fondos necesarios para apoyar dichas actividades. También otorgo el permiso para hacer uso de la información del expediente del estudiante única y exclusivamente para fines del desarrollo del programa de equinoterapia y arte y de la consecución de sus objetivos para el alumno. Dichos datos solo serán usados con esos propósitos.

En caso de emergencia médica durante la participación del estudiante en cualquiera de las actividades del programa y de no estar yo presente en el momento para ser consultado sobre el tratamiento y cuidado del estudiante, autorizo al personal de la Fundación Carrusel a tomar en mi nombre, en caso de no haberme localizado, las medidas necesarias que aseguren y garanticen la pronta y necesaria atención médica del estudiante, que la Fundación Carrusel juzgue necesaria para proteger la salud y bienestar del estudiante, incluyendo la hospitalización, renunciando desde ahora a todo tipo de reclamación personal y/o judicial, relevando a la Fundación Carrusel o a cualquier persona involucrada en el programa de toda responsabilidad o reclamación, judicial o extra judicial que pudiese haber.

Yo, el abajo firmante, soy \_\_\_\_\_ (padre, madre o tutor) de la persona arriba identificada como el estudiante. He leído y entiendo plenamente lo estipulado en el certificado médico y en este formulario. Por la presente reconozco mi obligación legal y moral de exonerar, y por la presente exonero, de toda responsabilidad a la Fundación Carrusel y a cualquier persona y/o institución participante en el desarrollo de sus actividades.

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

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