



LoveWay, Inc. Equine Assisted Services

54151 County Road 33 Middlebury IN 46540

574-825-5666 Fax: 574-825-8117 Email: programs@lovewayinc.org

Solicitud de Participante e Historial de Salud

Esta forma debe ser llenada por un Padre/Guardián si el participante tiene menos de 18 años

Fecha _____ Escuela _____
 Nombre _____ Etnia _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono de Casa _____ ¿Numero de Celular? _____
 Correo electrónico de los padres _____ ¿Legustaria recibir el LoveWay boletín informativo (en Inglés)?
 Si () No ()

* límite de peso variable dependiendo del estado ambulatorio, ROM y discreción del instructor

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estatura: _____ Peso: _____ Hombre () Mujer ()
 Nombre del Padre/Guardián si el participante tiene menos de 18 años _____
 Dirección (sólo si es diferente de la del participante) _____ Teléfono _____
 Lugar de Trabajo de los Padres _____ Teléfono del Trabajo: _____

Historial de salud (adjunte una hoja adicional si es necesario)

Diagnóstico o razón de la inscripción: _____

Ponga una "x" si el participante tiene alguno de los siguientes padecimientos: Problemas del Corazón Presión Alta

Problemas respiratorios Restricciones ortopédicas Debilidad en las extremidades

Restricciones para cargar cosas pesadas Conducta abusiva/violenta Alergias: _____

Medicamentos que toma en este momento, incluyendo los que no se compran con receta médica

¿Convulsiones u otras limitaciones? _____

Fecha y tipo de la última convulsión: _____

Describe las incapacidades del participante en las siguientes áreas e incluya el tipo de ayuda o equipo que necesita:

FUNCION (Ejemplo: agilidad para moverse/caminar/habilidades motoras/sostener objetos/comunicación/habla)

SOCIAL (Ejemplo: dificultad para relacionarse con otros / conducta agresiva/ miedo)

Doy fe de que toda la información anterior en este historial de salud es verdadera y precisa.

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha** _____

Ahora llene el otro lado por favor

Autorización para tratamiento médico de emergencia

Yo Estoy de Acuerdo **O Yo No Estoy De Acuerdo**

En caso de una emergencia, Loveway, Inc. tiene la autorización para pedir tratamiento medico de emergencia incluyendo, pero no limitado a rayos-x, cirugía, hospitalización y medicamento de acuerdo con la recomendación del personal de emergencia en turno. También estoy de acuerdo en que se dé a conocer información de la historia médica necesaria para el tratamiento adecuado en el momento de una emergencia médica.

Seguro de Salud y número de póliza: _____

Hospital preferido: _____

Alergias a los siguientes medicamentos: _____

En caso de una emergencia contactar a las siguientes personas: Por favor ponga una persona (o más) que no viva en su casa.

Nombre/relación con usted _____ Teléfono _____
Nombre/relación con usted _____ Teléfono _____
Médico _____ Teléfono _____

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha** _____

***Padre/Guardián Legal en caso de tener menos de 18 años**

Para fotos y medios

Yo Estoy de Acuerdo **O Yo No Estoy De Acuerdo**

Estoy de acuerdo que se use Loveway Inc., o medios de comunicación locales, cualquier tipo de video/fotos que se hayan tomado de mi persona/del participante/de los miembros de la familia durante actividades relacionadas con Loveway, Inc. para uso promocional, educativo o del programa.

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha** _____

***Padre/Guardián Legal en caso de tener menos de 18 años**

Acuerdo de Renuncia y Liberación de Responsabilidades

Mi firma al pie de este papel, significa que estoy de acuerdo con todo lo siguiente como una condición para mi persona/hijo/a/familia en lo que se refiere a LoveWay, Inc. (nombrado el "Centro") como una condición para la participación en actividades en o cerca de las instalaciones y propiedades del Centro o asociados con cualquier actividad del Centro incluyendo pero sin limitarse a las actividades de equitación con ayuda, paseos por senderos, instrucción en la arena, actividades en pastura, demostraciones eventos públicos. Bajo la ley de Indiana, un profesional equino no es responsable por ningún tipo de herida o de muerte de un participante en las actividades de equitación que podrían resultar de los riesgos que llevan las actividades de equitación. Como representante legal del participante (yo mismo,a/niño,a/familia), yo reconozco que hay un riesgo potencial en las actividades de equitación. Yo entiendo que no todos los riesgos pueden ser previstos ni prevenidos. Yo entiendo esos riesgos y asumo la responsabilidad de los mismos. En este documento, yo asumo responsabilidad legal por mi mismo,a/niño,a/familia, herederos delegados, ejecutores o administradores, renuncio libero de por vida todo tipo de quejas por daños (presentes o futuros) en contra de Loveway, Inc., su Concejo de Directores, su Director Ejecutivo, sus Instructores, su Personal, sus Terapeutas, Voluntarios y/o otras personas autorizadas de cualquier herida/pérdidas ocurridas durante la participación en o visita a Loveway, Inc. Como una consideración hacia el Centro para permitir a mi mismo,a/niño,a/esposo,a/miembros familiares que participen en actividades relacionadas con el Centro, yo estoy de acuerdo en asumir total responsabilidad por cualquier herida del cuerpo, pérdida, o daños, que yo o ellos pudieran sufrir. Se entiende de manera mutua y se está de acuerdo en que el acuerdo de renuncia y la liberación de responsabilidad establecida en este documento constituye un acuerdo de renuncia y de liberación de responsabilidades más allá de lo que establece el Acta de Actividades de Equitación de Indiana. Además estoy de acuerdo en indemnizar y en considerar no dañino al Centro y a las personas/entidades asociadas con el Centro, y en no traer al caso ninguna queja o demanda legal en contra de estos con base en alguna excepción del Acta Equina de Indiana. Si yo no cumpliera con alguna parte de este acuerdo de renuncia y de liberación de responsabilidades, me comprometo a pagar todos los costos del abogado del Centro y otros costos legales que pudieran ocurrir. Yo atestiguo que tengo por lo menos 18 de edad, que estoy en pleno uno de mis facultades mentales, que no estoy sufriendo ningún tipo de trauma y que no estoy bajo el efecto del alcohol, drogas o materias toxicas. Yo he leído este acuerdo de liberación de responsabilidades y la solicitud EN SU TOTALIDAD y lo entiendo perfectamente. Yo certifico que este acuerdo de renuncia y liberación de responsabilidades es válido y tiene validez el día de hoy y TODO EL TIEMPO EN EL FUTURO. Yo testifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud/historia médica, es verdadera. Mi firma significa que estoy de acuerdo con TODA la información en los dos lados de esta forma.

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha** _____

Padre/Guardián Legal en caso de tener menos de 18 años

Nombre en letra de molde: _____ **Fecha de recibo de LoveWay** _____