



Teléfono: 574-825-5666  
Fax: 574-825-8117  
Correo electrónico: programs@lovewayinc.org

## Solicitud para el participante

Actualizado el 29/1/2025

### Información del participante

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

### Información del representante legal

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente de la del participante): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_  
Soy: ☐ Padre/madre ☐ Tutor ☐ Asistente social ☐ Otro: \_\_\_\_\_  

- Si no es el padre o la madre del participante, se requiere una prueba de representación legal.

### Historia clínica

Diagnóstico/discapacidad: \_\_\_\_\_  
¿Tiene el participante un plan conductual? ☐ No ☐ Sí (adjuntar una copia)  
¿Tiene el participante alguna de las siguientes condiciones de salud?  
☐ Comportamientos abusivos/violentos ☐ Afecciones cardíacas ☐ Discapacidad auditiva ☐ Sonda gástrica  
☐ Restricciones ortopédicas ☐ Afecciones respiratorias ☐ Aparatos ortopédicos/prótesis ☐ Hipertensión  
☐ Debilidad en las extremidades ☐ Restricciones para levantar peso ☐ Discapacidad visual ☐ Convulsiones  
☐ Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicamentos que toma actualmente (incluidos los medicamentos de venta libre): \_\_\_\_\_

Describe las discapacidades del participante en las siguientes áreas e incluya las necesidades de asistencia o equipamiento:

- Social (por ejemplo: dificultad para relacionarse con otros, comportamientos agresivos, temores)

- Función (por ejemplo: habilidades de movilidad, caminar, habilidades motoras, sostener objetos, comunicación, habla)

---

---

### Cuestionario sobre las convulsiones

¿Tiene historial de convulsiones? ☐ Sí ☐ No (Si marca "No", firme debajo y siga con la página 3)

Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se lo diagnosticó con convulsiones? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tiene convulsiones? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura la convulsión? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos para aliviar las convulsiones? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, especifique cuál(es): \_\_\_\_\_

¿Hay algún comportamiento previo a la convulsión? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, especifique cuál(es): \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad motora típica durante las convulsiones? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, especifique cuál(es): \_\_\_\_\_

¿Hay algún comportamiento posterior a la convulsión? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, especifique cuál(es): \_\_\_\_\_

¿Qué medidas debe tomar el profesor/acompañante en caso de que se produzca una convulsión en nuestro centro?

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

Doy fe de que toda la información de las páginas 1 y 2 es verdadera y exacta.

**Firma del representante legal:** \_\_\_\_\_

### Contactos en caso de emergencia

En caso de que no podamos localizarle en caso de emergencia, indique con quién podemos ponernos en contacto después de usted. *Por favor, incluya al menos a una persona que no viva en su casa.*

Nombre y parentesco con el participante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre y parentesco con el participante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Acuerdo de evaluación para enfermeros titulados

El formulario de enfermera titulada se proporciona como opción para aquellos que no puedan disponer de un médico que rellene el formulario médico completo en este momento. Si la enfermera de la escuela del participante rellena el formulario, éste podrá participar en las actividades sin montura.

Como queremos garantizar la seguridad de todos los involucrados, además de seguir las políticas establecidas por PATH International y la Certified Horsemanship Association, por favor, tenga en cuenta las siguientes condiciones:

- 1) Sigue siendo necesaria una solicitud del participante completa rellena por su representante legal.
- 2) Los participantes aprobados a través del formulario de inscripción sólo podrán participar en actividades sin montura.
- 3) Este formulario no es aplicable a las personas con diagnóstico de síndrome de Down. En estos casos, se requiere un formulario médico.

En caso necesario, autorizo a un enfermero diplomado de la escuela del participante a cumplimentar el formulario de enfermero diplomado en lugar del formulario del médico y doy fe de que soy el representante legal del participante.

☐ Doy mi consentimiento    ☐ NO doy mi consentimiento

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

### Autorización para tratamiento médico de urgencia

En caso de emergencia, LoveWay está autorizado a asegurar el tratamiento médico de emergencia, por ejemplo: radiografías, cirugía, hospitalización y medicación según lo recomendado por el personal médico de emergencia. También estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro médico necesario para el tratamiento oportuno de una emergencia médica.

*El consentimiento es necesario para participar en los servicios de LoveWay.*

☐ Doy mi consentimiento    ☐ NO doy mi consentimiento

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

Hospital preferido: ☐ Goshen Health Hospital    ☐ Elkhart General Hospital    ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Seguro médico y número de póliza: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

## Fotos y publicaciones en medios

LoveWay, Inc. y/o los medios de comunicación locales pueden utilizar cualquier foto o video tomado de mí mismo/participantes/miembros de la familia durante las actividades relacionadas con LoveWay, Inc. para uso promocional, educativo o del programa. Esto puede incluir la celebración de los logros e hitos del participante en nuestras plataformas de medios sociales utilizando su nombre de pila y su hito alcanzado. Valoramos profundamente su privacidad y nos comprometemos a proteger la información personal del participante. Todas las historias se tratarán con el máximo cuidado, respeto y sensibilidad.

☐ Doy mi consentimiento    ☐ NO doy mi consentimiento

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de renuncia y exención de responsabilidad

Mi firma al pie indica que estoy de acuerdo con todo lo siguiente como condición para mí, mis hijos y mi familia en lo que respecta a LoveWay, Inc. (en lo sucesivo denominado el «Centro») como condición para la participación en actividades en/en/cerca de las instalaciones y propiedad del Centro o asociadas con cualquier actividad del Centro, entre ellas: actividades asistidas por equinos, equitación, instrucción en arena, actividades en granero y pasto, demostraciones y eventos públicos. **ADVERTENCIA: Bajo la ley de Indiana, un profesional equino no es responsable de una lesión o la muerte de un participante en actividades equinas resultantes de los riesgos inherentes de las actividades equinas.** Como representante legal del participante (yo mismo/hijo/familia), reconozco los riesgos y el potencial de riesgos de las actividades relacionadas con los equinos. Comprendo que no todos los riesgos pueden preverse ni evitarse. Comprendo estos riesgos y asumo la responsabilidad por estos. **Por la presente, con la intención de estar legalmente obligado por mí mismo, mis hijos y mi familia, herederos y cesionarios, albaceas o administradores, renuncio y libero para siempre de todas las reclamaciones, responsabilidades y daños (presentes o futuros) contra LoveWay, Inc., su junta directiva, director ejecutivo, instructores, personal, voluntarios, agentes y/u otras personas autorizadas por todas y cada una de las lesiones/pérdidas sufridas, directa o indirectamente durante mi participación y/o visita a LoveWay, Inc.** Como contraprestación para que el Centro me permita a mí, a mis hijos, a mi cónyuge y a los miembros de mi familia participar en las actividades relacionadas con el Centro, acepto asumir plena responsabilidad por todas y cada una de las lesiones corporales, pérdidas, reclamaciones, responsabilidades o daños que yo o ellos podamos sufrir.

Se entiende y acuerda mutuamente que la renuncia y exención de responsabilidad establecidas en este documento constituyen una exención de responsabilidad más allá de las disposiciones de la Ley de responsabilidad por actividades equinas de Indiana. Asimismo, me comprometo a indemnizar y eximir de toda responsabilidad al Centro o a las personas/entidades asociadas con el Centro y a no presentar ninguna reclamación o demanda contra ellos sobre la base de cualquier excepción a la Ley Equina de Indiana. En caso de incumplimiento de cualquier parte de esta renuncia/exención de responsabilidad, acepto pagar todos los honorarios de abogados del Centro u otros costes legales que puedan producirse.

Doy fe de que tengo al menos 18 años de edad, estoy en pleno uso de mis facultades mentales, no sufro conmoción ni me encuentro bajo la influencia de alcohol, drogas o sustancias tóxicas. He leído TODA esta renuncia y solicitud y la entiendo perfectamente. Tengo la intención de que esta renuncia, acuerdo y exención de responsabilidad sea válida y vinculante hoy y en TODOS LOS MOMENTOS FUTUROS. Doy fe de que toda la información que he proporcionado en esta solicitud/historial médico es verdadera y exacta. Mi firma denota acuerdo con TODA la información en ambos lados de este formulario.

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

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

Nombre del representante legal en letra imprenta: \_\_\_\_\_