



JH | JACKSON HOLE
TR | THERAPEUTIC
RIDING

JACKSON HOLE THERAPEUTIC RIDING

Solicitud de participante anual

POR FAVOR REGRESE A: program@jhtr.org | Fax: 307.732.0212 | PO Box 415 Teton Village, WY 83025

Nombre del participante: _____ FDN: _____

Género: _____ Pronombres: _____ Estatura: _____ Peso*: _____

**Para la seguridad de nuestros participantes, voluntarios y caballos, JHTR mantiene un límite máximo de peso de 200 libras. Esta política está diseñada para garantizar que podamos realizar desmontes de emergencia de manera segura si es necesario y para proteger el bienestar tanto de los participantes como de los caballos.*

Dirección del participante: _____

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted con poca anticipación?

Llamada Texto Correo electrónico

(por ejemplo, en caso de cancelación de una clase)

Empleador/Escuela: _____

¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

¿Ha participado anteriormente con JHTR? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo empezó a participar? _____

Marque sus intereses de programa:

Equitación Adaptada

Aprendizaje asistido por equinos (sin montar)

Terapia Ocupacional

Creando Recuerdos

Terapia Equina Veterana

No estoy seguro. Por favor, contáctame para hablar sobre las opciones.

JHTR | a PATH International Premier Accredited Center

PO Box 415 • Teton Village, WY 83025 • Office: 307.733.1374 • Fax: 307.732.0212 • www.jhtr.org

HISTORIAL MÉDICO Y NECESIDADES

Diagnóstico/Condiciones: _____

Alergias: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

(incluya dosis y frecuencia)

| Nombre | Dosis | Frecuencia |
|--------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

¿HISTORIAL DE CONVULSIONES? Sí No

En caso afirmativo, describa el tipo de convulsión, su frecuencia y los desencadenantes típicos.

MOVILIDAD / DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA UTILIZADOS:

Ninguno Bastón Andador Silla de ruedas Muletas Prótesis Férulas

INDICAR ACTUAL O PASADO NECESIDADES ESPECIALES EN LAS ÁREAS SIGUIENTES:

| Category | Y | N | Comments |
|------------------------------------|---|---|----------|
| Visión / Audición | | | |
| Sensación | | | |
| Comunicación | | | |
| Corazón | | | |
| Respiración | | | |
| Digestión / Eliminación | | | |
| Circulación | | | |
| Salud emocional / mental | | | |
| Dolor | | | |
| Huesos / articulaciones / muscular | | | |
| Pensamiento / cognición | | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor, facilite la información de los contactos de emergencia principales y secundarios a los que debemos llamar en caso de emergencia médica o de otro tipo.

NOMBRE DEL CONTACTO PRINCIPAL: _____

Teléfono: _____ Relación con el participante: _____

CONTACTO SECUNDARIO: _____

Teléfono: _____ Relación con el participante: _____

Médico o proveedor principal: _____ Teléfono del médico: _____

Autorizo a Jackson Hole Therapeutic Riding a solicitar atención médica de emergencia para el participante si no logran contactarme. Esto autoriza al personal a actuar en beneficio del participante en caso de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

FUNCIÓN PSICOSOCIAL

Describa habilidades/dificultades (escuela/trabajo, intereses, relaciones, estructura familiar, apoyos, miedos, etc.).

FUNCIÓN FÍSICA

Describa habilidades/dificultades, incluyendo asistencia o equipo necesario (ej. transferencias, caminar, uso de silla de ruedas, etc.).

EXPERIENCIA CON CABALLOS

Seleccione la opción que mejor describa la experiencia del participante con los caballos y la equitación.

Sin experiencia

Algo de experiencia

Rider regular / experimentado

Si aplica, describa la experiencia previa.

METAS DEL PARTICIPANTE

Describa metas físicas, cognitivas, emocionales o sociales.

RESPONSABILIDAD PARTICIPANTE DE LANZAMIENTO

SEGÚN LA LEY DE WYOMING, UN PROFESIONAL EQUINO NO ES RESPONSABLE DE LAS LESIONES O LA MUERTE DE UN PARTICIPANTE EN ACTIVIDADES ECUESTRES QUE RESULTEN DE LOS RIESGOS INHERENTES A DICHAS ACTIVIDADES, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1-1-123 DE LOS ESTATUTOS DE WYOMING.

La participación en Jackson Hole Therapeutic Riding implica actividades con caballos que conllevan riesgos inherentes y pueden resultar en lesiones. El abajo firmante, con la intención de quedar legalmente obligado, reconoce que comprende estos riesgos, consiente en participar y exime a Jackson Hole Therapeutic Riding, a su personal, voluntarios y junta directiva de toda responsabilidad por cualquier lesión o pérdida derivada de la participación, excepto en casos de mala conducta intencional. Si no comprende alguna parte de esta exención de responsabilidad, contáctenos antes de firmar.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

POLÍTICAS DE JHTR

Al firmar este acuerdo, yo, el participante o mi padre/tutor legal (si es menor de 18 años), acepto las siguientes políticas de JHTR:

- **Política de pago:** El pago de la cuota de la sesión o la solicitud completa de ayuda financiera deben realizarse antes del inicio de cada sesión.
- **Política de asistencia:** Si un participante falta a una clase, no se realizará ningún reembolso ni se programará una clase de recuperación. Si JHTR cancela una clase, se podrá optar por una clase de recuperación o un reembolso.
 - **Circunstancias excepcionales:** JHTR podrá aprobar ausencias previamente acordadas cuando la exención de participación parezca ser lo mejor para el participante o su familia.

Entiendo que el estadio JHTR está ubicado y arrendado en terrenos de una escuela pública, y debo cumplir con las siguientes leyes gubernamentales:

NO SE PERMITEN PERROS en las instalaciones (ni siquiera dentro de vehículos).

NO SE PERMITEN PRODUCTOS DE TABACO en las instalaciones.

NO SE PERMITEN DROGAS NI ALCOHOL en las instalaciones.

NO SE PERMITEN ARMAS DE FUEGO en las instalaciones.

Conduzca a **16 km/h (10 mph)** dentro de las instalaciones (hay niños jugando).

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

COMUNICADO DE PRENSA

Jackson Hole Therapeutic Riding (JHTR) utiliza fotografías, grabaciones de video e historias de participantes para compartir el impacto de nuestros programas y promover nuestra misión.

Autorizo a Jackson Hole Therapeutic Riding (JHTR) a fotografiarme, filmarme y/o documentarme a mí y/o al participante mencionado a continuación durante nuestra participación en los programas, eventos o actividades de JHTR.

Autorizo a JHTR a utilizar estas imágenes, grabaciones y cualquier declaración escrita o verbal, testimonio o comentario relacionado con la participación en el programa para los siguientes fines, entre otros:

- Materiales educativos y de capacitación
- Promoción y marketing del programa
- Publicaciones y boletines informativos
- Solicitudes de subvención e informes
- Contenido del sitio web y redes sociales
- Otras comunicaciones que apoyen y promuevan la misión de JHTR

ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

- Estos materiales pueden aparecer en formato impreso, digital o electrónico.
- JHTR puede utilizar estos materiales sin compensación ni autorización adicional.
- JHTR no venderá ni distribuirá estos materiales con fines comerciales.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque por escrito. Cualquier revocación solo se aplicará a usos futuros y no a materiales que ya hayan sido publicados o distribuidos.

¿DA SU CONSENTIMIENTO?

Sí doy consentimiento

No doy consentimiento

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo _____ a
Médico o institución

divulgar información de _____.
Nombre del participante

La información se entregará a Jackson Hole Therapeutic Riding con el fin de desarrollar un programa de actividades ecuestres para el participante mencionado anteriormente. La información que se divulgará se indica a continuación:

Historial médico

Evaluación, valoración y plan de tratamiento de fisioterapia

Evaluación, valoración y plan de tratamiento de terapia ocupacional

Evaluación, valoración y plan de tratamiento de logopedia

Diagnóstico y plan de tratamiento de salud mental

Plan Individual de Rehabilitación (PIH)

Plan Individual de Educación (PEE) para el aula

Evaluación, valoración y plan de tratamiento psicosocial

Plan de manejo cognitivo-conductual

Esta autorización tiene una validez de un año y puede ser revocada por escrito a mi solicitud.

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Nombre impreso: _____ Relación con el participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

De conformidad con la ley HIPAA, Jackson Hole Therapeutic Riding solicita los nombres y la información de contacto de otros familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o en el pago de los servicios que usted o su hijo/a recibe en JHTR.

Al proporcionarnos esta información, usted nos autoriza a compartir con estas personas notas de progreso, asuntos de facturación u otros temas que puedan surgir durante su estancia en JHTR.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

Otros familiares o amigos que participan en el cuidado del participante:

Nombre del contacto: _____ Relación con el participante: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Print Name: _____ Relation to Participant: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN

Los participantes se inscriben en clases por sesiones. Cada sesión tiene una duración de 4 a 7 semanas. JHTR factura a los participantes antes del inicio de cada sesión. En el paquete para participantes, se les entrega una hoja informativa sobre facturación y la política de cancelación. Este formulario debe firmarse y entregarse junto con el expediente del participante.

Proporcionar una dirección de correo electrónico permite a JHTR enviar los estados de cuenta electrónicamente. Los participantes pueden consultar y pagar su factura de forma segura en línea con tarjeta de crédito. También se puede pagar con cheque o en efectivo.

Si no se ha recibido el pago de la sesión anterior, el participante no podrá inscribirse en la siguiente. Hay planes de pago disponibles; comuníquese con el Director Ejecutivo para analizar sus opciones.

Hay ayuda financiera disponible si el participante cumple con los requisitos. Consulte la política de ayuda financiera.

JHTR no factura a las compañías de seguros ni a terceros por las actividades ecuestres. Si recibe servicios de terapia ocupacional, la factura se facturará a través del terapeuta contratado, según lo solicite el proveedor y la póliza de cada persona.

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, usted confirma que acepta la exención de responsabilidad mencionada anteriormente.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

| | |
|----------------------------------|--|
| Nombre completo del participante | |
| Cobrar a (nombre completo) | |
| Dirección de Envío | |
| Ciudad, Estado, código postal | |
| Teléfono | |
| Correo electrónico | |

2026 FECHAS & COSTOS

| SESIÓN | FECHAS | EQUITACIÓN ADAPTATIVA | TERAPIA DE OCUPACIÓN |
|------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Primavera* | 4 de mayo hasta la 5 de junio | \$225* | \$500* |
| Verano | 29 de junio hasta la 31 de julio | \$225 | \$500 |
| Otoño | 14 de septiembre has la 9 de octubre | \$180 | \$400 |

**Estaremos cerrados el 25 de mayo por el Día de los Caídos. Participantes de lunes tendrán solamente 4 semanas (precio reflejado).*

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Mantener a los caballos es costoso y dependemos de los ingresos de nuestras clases para mantener el programa. Para gestionar eficazmente las horas del personal remunerado y los voluntarios, JHTR debe aplicar la siguiente política de cancelación:

Solo se otorgará un crédito cuando JHTR cancele una clase.

Ningún participante podrá comenzar una nueva sesión si tiene un saldo pendiente de la sesión anterior. Quienes tengan un saldo pendiente deben comunicarse con la Directora Ejecutiva para acordar un plan de pago. Ningún jinete que no haya acordado un plan de pago para una factura vencida podrá participar.

Si un participante falta a dos (2) clases sin notificar a JHTR, podrá ser excluido del programa por el resto de la sesión. El participante podrá solicitar su reingreso al programa para la siguiente sesión.

¡Gracias por su cooperación!

Entiendo que se me facturarán los servicios prestados al/los participante/s mencionado/s y acepto pagar por estos servicios o presentar una solicitud de ayuda financiera.

Firma: _____

Fecha: _____