

2025 APPLICACIÓN DE PARTICIPANTE

HISTORIAL MÉDICO DEL PARTICIPANTE & DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Para ser completado por el **MÉDICO**

Participant: _____ DOB: _____ Height: _____ Weight*: _____

*We maintain a 200lb weight limit dependent upon ambulatory status, range of motion, and discretion of the Program Director. This limitation ensures the wellness and optimum soundness of JHTR horses, ensures properly fitted equipment is available, and provides a safe environment for participants, volunteers, and staff. The Program Director has the discretion to make exceptions to this policy. Participants over the maximum weight are encouraged to participate in unmounted activities such as groundwork or Equine Assisted Learning.

Diagnosis: _____ Date of Onset: _____

Past/Prospective Surgeries: _____ Date: _____

Medications: _____ Allergies: _____

Seizures: Y N Type: _____ Controlled: Y N Date of Last Seizure: _____

Shunt Present: Y N Date of Last Revision: _____ Medically Able To Wear A Mask: Y N

Special Precautions/Needs: _____

Mobility: Independent Ambulation Y N Assisted Ambulation Y N Wheelchair Y N

Braces/Assistive Devices: _____

FOR PATIENTS WITH DOWN SYNDROME - A NEUROLOGIC EXAM MUST BE COMPLETED ANNUALLY

Date of last neurological exam: _____ Neurologic Symptoms of Atlantoaxial Instability: Present Absent

Please indicate current or past special needs in the following systems/areas, including surgeries. These conditions may suggest precautions and contraindications to equine activities.

	Y	N	Comments
Auditory			
Visual			
Tactile Sensation			
Speech			
Cardiac			
Circulatory			
Integumentary/Skin			
Immunity			
Pulmonary			
Neurologic			
Muscular			
Balance			
Orthopedic			
Allergies			
Learning Disability			
Cognitive			
Emotional/Psychological			
Pain			
Other			

Given the above diagnosis and medical information, this person is not medically precluded from participation in equine assisted activities. I understand that JHTR will weigh the medical information given against the existing precautions and contraindications. I concur with a review of this person's abilities/limitations by a licensed/credentialed health professional in the implementations of an effective equestrian program.

Name/Title: _____ MD DO NP PA Other: _____
Signature: _____ Date: _____
Phone: (_____) _____ License/UPIN Number: _____

INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE

Paginas 2-10: Para ser completado por el **PARTICIPANTE, LOS PADRES O TUTORES**

Nombre de participante: _____ Pronombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso*: _____

*Mantenemos un límite de peso de 200 libras que depende del estado ambulatorio, el rango de movimiento y la discreción del Director del Programa. Esta limitación garantiza el bienestar y la solidez óptima de los caballos JHTR, asegura que el equipo adecuado esté disponible y proporciona un entorno seguro para los participantes, los voluntarios y el personal. El Director del Programa tiene la discreción de hacer excepciones a esta política. Se alienta a los participantes que superen el peso máximo a participar en actividades sin montar, como trabajo preliminar o aprendizaje asistido por equinos.

Padre/tutor legal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Dirección de correo: _____

Cuidadores: _____

Dirección física (si es different de la anterior): _____

Establecimiento medico preferido: _____ Nombre del médico: _____

Alergias: _____

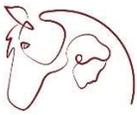
¿Cómo se enteró de este programa?: _____

Antecedentes de salud

Diagnóstico: _____

Indicar actual o pasado necesidades especiales en las áreas siguientes:

	S	N	Comentarios
Visión			
Audiencia			
Sensación			
Comunicación			
Corazón			
Respiración			
Digestión			
Eliminación			
Circulación			
Salud Emocional/Mental			
Comportamiento			
Dolor			
Hueso/Conjunto			
Muscular			
Pensamiento/Cognición			
Alto riesgo de enfermedad grave si se expone a enfermedades infecciosas			
Capaz de usar una máscara			



Antecedentes de salud continua

Los medicamentos actuales (Incluir como los de prescripción, nombre, dosis y frecuencia):

Describir las capacidades y dificultades en las siguientes áreas (incluyen la ayuda necesaria o equipo necesario):

Función Física (p. ej., movilidad capacidad como las transferencias, paseos, sillas, conducción/bus)

Función Psicosocial (p.ej., trabajo/escuela incluyendo grado terminado; intereses durante el tiempo de ocio; relaciones: familia, los sistemas de soporte, animales de compañía, temores/preocupaciones)

Objetivos (es decir ¿Qué objetivos tienes actividades asistidas por equinos? ¿Qué es lo que quieres lograr?)

A quién llamara en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

!!WARNING!!

EN WYOMING, UNA PROFESIONAL EQUINA NO ES RESPONSABLE DE LOS DAÑOS O LA MUERTE DE UNO DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES EQUINAS RESULTANTES DE LOS RIESGOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES EQUINAS, CON ARREGLO A LO DISPUESTO EN W. S 1-1-126.

RESPONSABILIDAD PARTICIPANTE DE LANZAMIENTO

Entiendo los riesgos y posibles riesgos de montar a caballo. Sin embargo, siento que los posibles beneficios para mí/mi hijo/hija/pupilo son mayores que los riesgos implicados. Por medio del presente, teniendo fuerza jurídica obligatoria en cuanto a mí, mis herederos y cesionarios, albaceas o administradores, renuncio a todo reclamo de daños y perjuicios contra Jackson Hole Therapeutic Riding, los miembros de su junta directiva, el director ejecutivo, los instructores, terapeutas, asistentes, voluntarios y/o empleados por cualquier lesión o pérdida que sufra yo/mi hijo/hija/pupilo durante la participación en Jackson Hole Therapeutic Riding.

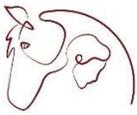
Firma de consentimiento: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

POLÍTICAS DE JHTR

Mediante la firma de este acuerdo, yo el Participante (o padre/tutor legal si menores de 18 años de edad), estoy de acuerdo con las siguientes políticas de JHTR:

- Política de pago: Los pagos o una aplicación de beca completa se debe antes de cada período de sesiones.
- Política sobre la asistencia del participante: Si un participante falta a clase, no recibirá un reembolso ni una clase para reponer la clase a la que faltó. Si JHTR cancela una clase, tendrá la opción de tomar una clase de repuesto o recibir un reembolso.
 - Circunstancias excepcionales: JHTR puede aprobar las ausencias justificadas de antemano en las que parece ser que es mejor para el participante o la familia del participante.
- Yo entiendo que la arena de JHTR está arrendado y en terrenos de la escuela pública, y tengo que acatar estas leyes gubernamentales:
 - **NO PERROS** dentro del establecimiento (incluso dentro de los vehículos)
 - **NO PRODUCTOS DE TOBACO** dentro del establecimiento
 - **NO DROGAS/ALCOHOL** permitida dentro del establecimiento o que se toman antes de voluntariado
 - **NO PISTOLAS/ARMAS** dentro del establecimiento
 - **10 MPH** cuando se conduce en los locales (estar alerta y cauteloso, niños jugando)

Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)



AUTORIZACIÓN PARA QUE JHTR & PATH INTL. UTILICE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Consentir / no consentir y autorizar el uso y la reproducción por parte de JHTR de todas y cada una de las fotografías y otros materiales audiovisuales tomados de mí para material promocional, redes sociales, incluidos, entre otros, Facebook e Instagram, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso en beneficio de el programa.

SÍ, DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

NO DOY MI CONSENTAMIENTO Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

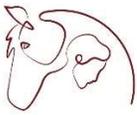
JHTR POLÍTICAS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

JHTR está comprometido con la salud y la seguridad de cualquier persona que venga a JHTR para participar en las actividades de JHTR, incluido su personal, los participantes, sus familias y los voluntarios. JHTR se reserva el derecho de modificar esta política en cualquier momento a su exclusivo criterio para adaptarse a las circunstancias cambiantes y las necesidades comerciales, de conformidad con su compromiso de mantener un entorno seguro y saludable.

Con la firma de este acuerdo, yo el Participante o Padre/Guardián legal (si tiene menos de 18 años), estoy de acuerdo con las siguientes políticas de JHTR:

- **Deber de Autocontrol:** Los participantes y sus asistentes aceptan autocontrolarse para detectar signos y síntomas de enfermedades contagiosas (incluyendo, pero no limitado a SARS, COVID-19, y etc.) y aceptan comunicarse con JHTR si experimenta síntomas de COVID-19 dentro de los 14 días posteriores a la participación en cualquier actividad de JHTR.
- **Exposición:** Se les pedirá a todos los participantes y sus asistentes que certifiquen que no han estado expuestos, dieron positivo o experimentan síntomas de enfermedades contagiosas (incluyendo, pero no limitado a SARS, COVID-19, y etc.) antes de participar en las actividades de JHTR.
- **Política de Cubrebocas :** Las máscaras son opcionales para los participantes, invitados, voluntarios y personal. Si algún participante solicita que se usen máscaras para su protección, el personal de JHTR hará todo lo posible para cumplir con su solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)



CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo: _____
(Persona o facilidad de Médico)

Para obtener información sobre los registros de: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre del participante)

La información puede ser compartido con **Jackson Hole Therapeutic Riding**

para establecer un programa de actividades equinas para el participante nombrado arriba. La información que se compartirá puede incluir:

- Historia clínica
- Evaluación de fisioterapia y plan de tratamiento
- Evaluación de terapia ocupacional y plan de tratamiento
- Diagnóstico de salud mental y plan de tratamiento
- Plan de educación individual para el salón de clases (IEP)
- Evaluación psicosocial y plan de tratamiento
- Plan de control cognitivo y conductual
- Otro: _____

Esta autorización para compartir información es válida por un año y la puedo revocar por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____
(Si menores de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar)

Nombre (en letra de imprenta): _____

Parentesco con el participante: _____

POLÍTICA DE FACTURACIÓN

Los participantes son asignados a las lecciones en una sesión de sesgo. Una sesión consta de 4-7 semanas. Los participantes son facturados por JHTR justo antes del inicio de un nuevo período de sesiones. Los participantes reciben una hoja de información de facturación, así como una política de cancelación como parte del paquete de jinete. Este formulario debe estar firmado y convertido en participante como parte del archivo.

Proporcionar una dirección de correo electrónico permite enviar JHTR declaraciones electrónicamente. Los participantes pueden ver y pagar su factura en línea por tarjeta de crédito en el sitio web indicado en la factura. También podrá efectuarse el pago por cheque o en efectivo.

Si no se ha recibido el pago de la sesión anterior, el participante no será elegible para inscribirse en la siguiente sesión. Los planes de pago están disponibles, comuníquese con el Director Ejecutivo para discutir sus opciones.

La ayuda financiera está disponible si el participante califica. Si está recibiendo servicios de Terapia de Ocupación, su segura va a facturar directamente por su terapia previa solicitud dependiendo del proveedor y la póliza.

Aprobado por JHTR en 27 de febrero, 2024.



Tori Plennes
Executive Director

He recibido, leído, y aceptado las condiciones anteriormente mencionado.

Firma: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Nombre del participante:	
Cargo a (nombre completo):	
Dirección de facturación:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	
Email*:	

2025 Fechas & Costos

SESIÓN	FECHAS	COSTO DE EQUITACIÓN ADAPTATIVA	COSTO DE TERAPIA DE OCUPACIÓN
Sesión 1*	5 de mayo – 30 de mayo	\$180*	\$400
Sesión 2	16 de junio – 27 de junio & 7 de julio – 25 de julio	\$225	\$500
Sesión 3	11 de agosto – 29 de agosto	\$135	\$300
Sesión 4	15 de septiembre – 10 de octubre	\$180	\$400

*Estaremos cerrados el 26 de mayo por el Día de los Caídos. Participantes de lunes tendrán solamente 3 semanas (precio reflejado)

Política de Cancelación

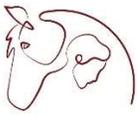
Los Caballos son muy costosos de mantener y dependemos de los ingresos provenientes de nuestras lecciones para mantener en marcha el programa! A fin de gestionar eficazmente el personal remunerado y horas de voluntariado, JHTR deben aplicar la siguiente política de cancelación:

- Un crédito será dado solamente cuando JHTR cancela una clase.
- Somos conscientes de algunos de nuestros clientes tienen problemas sanitarios especiales que pueden hacer que el ciclista pierda una sesión. JHTR permitirá una ausencia justificada por sesión. Si el participante pierde más de una clase son responsables de pagar por esa clase.
- Ningún participante será capaz de iniciar una nueva sesión si tienen un saldo vencido, desde el anterior período de sesiones. Cualquiera que tenga un saldo vencido, debe ponerse en contacto con el Director Ejecutivo para hacer arreglos de pago. Cualquier corredor que no ha hecho arreglos de pago de una factura vencida no estarán autorizados a viajar.
- Si un participante pierde dos (2) lecciones sin notificar JHTR, se pueden quitar de la programación para el resto de ese período de sesiones. El endoso puede aplicar para volver a entrar en el programa para el siguiente período de sesiones.

Gracias por su colaboración!

Entiendo que serán facturados por los servicios prestados a la mencionada participante(s) y estoy de acuerdo en pagar por estos servicios o presentar una solicitud de ayuda financiera.

Firma: _____ Fecha: _____



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SE CELEBRARÁ EN LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.

Las solicitudes completas deben presentarse anualmente y vencen antes de participar. Por favor permita 30 días para el cargo de director ejecutivo para revisar su aplicación.

Nombre del participante: _____ Fecha de aplicación : _____

Has aplicado antes? Sí No

Son otros de los miembros de su familia para solicitar ayuda financiera de JHTR? Sí No

Si la respuesta es sí, a quinen? _____

La información solicitada a continuación se aplica al padre/madre/tutor o participante adulto.

Nombre: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono oficina: _____

Esposo: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono oficina: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Casadas Solo Divorciadas/separadas Viudas

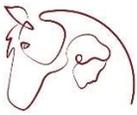
Número de niños _____ Las edades _____ # de personas que viven en casa _____

Participante vive con la: Madre Padre Ambos padres Tutor Sí mismo

INFORMACIÓN FINANCIERA – se requiere la siguiente información para ayuda financiera.

Haga una lista de todas las formas de ingresos recibidos en base anual, para toda la familia:

FUENTE	LA CANTIDAD
Salario de empleado	
Beneficios de desempleo	
Beneficios de Seguro Social	
Pensión alimenticia/manutención conyugal	
Manutención de menores	
Bienestar/Asistencia general	
Medicaid	
Otro	
Ingresos totales:	



INFORMACIÓN FINANCIERA CONTINUADO

Por favor, indique el rango que mejor representa su ingreso familiar anual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$30,000 | <input type="checkbox"/> \$51,000 - \$60,000 |
| <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$61,000 - \$80,000 |
| <input type="checkbox"/> \$41,000 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> Más que \$80,000 |

JHTR subsidia el costo de todas las lecciones a través del generoso apoyo de donantes y subvenciones. El costo para nuestros participantes es de \$ 40/Lección de equitación adaptativa o aprendizaje asistido por equinos. Tenga en cuenta que la ayuda financiera no está disponible para las sesiones de Terapia de Ocupación.

Por favor, indique el monto que puede pagar por lección:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$10 | <input type="checkbox"/> \$20 | <input type="checkbox"/> \$30 | <input type="checkbox"/> \$40 |
| <input type="checkbox"/> \$15 | <input type="checkbox"/> \$25 | <input type="checkbox"/> \$35 | <input type="checkbox"/> \$45 |

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los voluntarios desempeñan un papel importante en el éxito de las programas ofrecidos en JHTR. Pedimos a todas las familias de nuestros clientes para colaborar como voluntario en cualquier manera que puedan. Compruebe cualquiera de las formas en que le gustaría ser voluntario.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con los quehaceres de granero | <input type="checkbox"/> Realice el mantenimiento de la comunidad | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con lecciones | <input type="checkbox"/> Tarjetas de agradecimiento | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta al mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

For Official Use Only		
Reduced Fee: _____	Approved By: _____	Date: _____