



Pegasus Therapeutic Riding

Special Needs, All Ages

RIDER APPLICATION

Para Que _____ Fecha _____
Nombre del cliente Cover Page

Para registrarse como jinete en la Academia de equitación de Pegasus la aplicación adjunta son completamente obligatorios. Esta información es necesaria para la seguridad del conductor. Aplicaciones no totalmente rellenas se devolverán que el jinete se programará en una clase cuando se aprueba la solicitud. Ningún solicitante será permitido a caballo hasta la aplicación es recibida y aprobada. Adjunto encontrará lo siguiente: las firmas necesarias:

- _____ FORMA DE REGISTRO (*Registration*)
- _____ AUTORIZACION DEL MEDICO - SIGNED AND STAMPED (*Medical Authorization*)
- _____ LIBERACION DE RESPONSABILIDAD (*Liability Release*)
- _____ AUTORIZACION PARA DAR ATENCION A UN MENOR (*Authorization to Treat Minor*)
- _____ LIBERACION/AUTORIZACION DE TOMAR FOTOGRAFIAS (*Authorization for Photos*)

RELLENE ESTE FORMULARIO Y VUELTA COMPLETA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE CORREO. Should you have any further questions, please leave a message at the Pegasus Ranch Office. One of our staff will contact you. The phone number is: 760- 772-3057

RANCH DIRECTIONS: Salir de la calle Cook en la autopista 10. Norte en la calle Cook, pasado Varner Road, al camino de la escuela de Chase. Girar a la derecha y seguir el rancho Pegaso. Camino pavimentado se convierte en camino de terracería. Ver instrucciones detalladas y mapa de sitio Web.

MAILING ADDRESS: Pegasus Therapeutic Riding, PO BOX 13508, Palm Desert, CA. 92255-3588

FACILITY ADDRESS: Pegasus Therapeutic Riding, 35-450 B Pegasus Court Palm Desert, CA 92211
Phone: 760.772.3057

FORMA DE REGISTRO

Registration

FECHA: _____

Page 1 of 5



Nombre del Estudiante _____ Edad: _____

Direccion: _____

Telefono: Dia: _____ Noche:: _____

Fecha de Nacimiento:: _____ Seguro Social# _____

+Padre o Tutor Legal: print: _____ Firma _____

Lugar de Empleo del Padre o Tutor _____

Informacion Del Seguro Medico:

Compania de Seguros: _____

Direccion: _____

Numero de Medicare: _____ Numero del Medical: _____ Numero de Certificado _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Poliza: _____ Codigo: _____

Informacion Del Seguro Medico: (Medical Info)

Nombre del Medico _____ Telefono: _____
Print

Direccion:: _____

Discapacidad: _____ Date of Onset: _____

Medicamentos:: _____

Medicamentos o alimentos a los que es alergico: _____

Indique cualquier otro Problema Medico: (feeding tubes, shunts, hearing aids) etc. _____

PADRE, MADRE, O GUARDIAN :En caso de emergencia llamar : Trabajo o Casa o cell

Padre/Guardian: _____ Telefono dia: _____

Madre/Guardian: _____ _Telefono dia: _____

MEDICAL HISTORY



HISTORIA CLÍNICA: DEBE COMPLETARSE EN LA OFICINA DE MÉDICOS CON FIRMA Y SELLO DEL PHYSICAN

DATE: _____

Page 2 of 5

APPLICANT / PATIENT NAME: _____ DOB: ___ / ___ / ___ AGE _____

SEX: _____ HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ PULSE: _____ B.P.: _____

DIAGNOSIS _____ CAUSE: _____

MEDICATIONS (Type, Purpose, Dose): _____

If Downs Syndrome, Atlanto-Axial Subluxation? Yes _____ No _____

Cervical X-Ray for Atlanto-Axial Subluxation: Positive _____ Negative _____ X-ray Date: ___ / ___ / ___

Tetanus Shot: Yes _____ No _____ Date: ___ / ___ / ___

MOBILITY STATUS: Ambulatory? Yes _____ No _____

Can the patient ambulate independently? Yes _____ No _____

If No, describe: _____

PROSTHETICS / ORTHODONTICS:

Type: _____ Purpose: _____

Type: _____ Purpose: _____

MEDICAL HISTORY CONTINUED

Date: _____

Page 3 of 5



Please describe any other additional information that might help us to work with this patient/student.

Please indicate if the client has or has / had a history of the following secondary problems by checking yes or no. If YES, please include COMPLETE information pertaining to the problem.

PROBLEM	Yes	No	IF YES, History of, Describe
Auditory Impairment	_____	_____	_____
Learning Disability	_____	_____	_____
Mental Impairment	_____	_____	_____
Psychological Impairment	_____	_____	_____
Speech Impairment	_____	_____	_____
Visual Impairment	_____	_____	Glasses: _____
Allergies	_____	_____	_____
Cardiac	_____	_____	_____
Circulatory PVD	_____	_____	_____
Postural Hypotension	_____	_____	_____
Hemophilia	_____	_____	_____
Asthma/COPD	_____	_____	_____
Neurological			
Seizures	_____	_____	_____
Controlled	_____	_____	_____
Last Seizure: _____ / _____ / _____			
Hydrocephalus	_____	_____	_____
Shunt	_____	_____	_____
Sensory Loss	_____	_____	_____
Pain	_____	_____	_____
Muscular Contractures	_____	_____	_____

PROBLEM	Yes	No	IF YES, History of: Describe	Yes	No	Explain
SKELETAL						
Spinal Column Injury	_____	_____	_____	Heterotrophis Ossification	_____	_____
Subluxing Joints	_____	_____	_____	Joint Disease	_____	_____
Dislocating Joints	_____	_____	_____			
Laminectomy/Fusion	_____	_____	_____			
Scoliosis-Degree/Type	_____	_____	_____			
Brace Last X-ray	_____	_____	_____			
Klyphosis/Lordosis	_____	_____	_____	Cranial Defects	_____	_____
Degree/Type	_____	_____	_____	Fractures	_____	_____
Spondylolisthesis	_____	_____	_____	Other	_____	_____
Spinal Abnormality	_____	_____	_____			
Osteoporosis	_____	_____	_____			

MEDICAL HISTORY CONTINUED

Date: _____

Page 4 of 5



MEDICAL HISTORY

Please indicate any medical problems not indicated on pages 2 & 3:

Please indicate special precautions:

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name: (Please Print) _____

Physician's Address: _____

Telephone Number: _____ - _____ - _____ **PHYSICIAN'S RUBBER STAMP HERE**

PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT IF APPLICABLE: PLEASE PRINT



PATIENT: _____ Date of Birth: _____ School Placement: _____

Disability: _____ Ambulatory: Y / N _____ Muscle Tone: _____

Sensation: _____ Rom Limitations: _____

Balance / Equilibrium: _____ Other Structural Abnormalities: _____ Equipment: _____

Evaluation Summary: _____ Precautions or Restrictions: _____

Suggested Exercises: _____ Physical Therapist (Names): _____

Address: _____

Phone: _____ Signature: _____



FECHA: _____
Page 5 of 5

SIGNATURE REQUIRED *****
FOR EACH WAIVER/RELEASE BELOW

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Client / Rider: (Nombre del Cliente) _____

Este cliente / Rider está representado para todas las versiones y renuncias como sigue a continuación le gustaría participar en la Academia de equitación de Pegaso para el programa de discapacitados. Reconozco los riesgos y el potencial de los riesgos de equitación. Sin embargo, creo que los posibles beneficios para mí y mi hijo y mi hija mi barrio son mayores que el riesgo asumido. Me queda, con la intención de obligarse jurídicamente para mí, mis herederos y cesionarios, albaceas o administradores, renunciar y liberar para siempre de todas las reclamaciones por daños y perjuicios contra Pegaso Academia de equitación para discapacitados y su Junta de directores, instructores, terapeutas, ayudantes, voluntarios y / o empleados por lesiones todas y / o pérdidas me / mi hijo y mi hija / mi barrio puede sostener mientras participaba en la Academia de equitación de Pegaso para los minusválidos ®.

Print Nombre: _____ FIRMA: _____ Fecha: _____
Padre, Madre, o Guardian Padre, Madre, o Guardian

AUTORIZACION PARA DAR ATENCION A UN MENOR

Yo / nosotros, el padre de abajo firmantes, padres o tutor legal del cliente / jinete llamado anteriormente, un menor de edad, queda autorizar y su consentimiento a cualquier radiografía examen, diagnóstico de anestésico, médica o quirúrgica prestados bajo supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y del personal de la sala de emergencias con licencia conforme a las disposiciones de la ley de práctica de la medicina, un dentista con licencia conforme a las disposiciones de la ley de práctica Dental y en el personal de cualquier Hospital General de agudos sosteniendo una licencia actual para operar un hospital desde el estado de California departamento de salud pública. Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o la atención hospitalaria que sea necesaria pero es darle autoridad y poder prestar la atención que el médico mencionado en el ejercicio de su juicio mejor estime conveniente. Se entiende que se hará lo posible para contactar con los firmantes antes para procesamiento de tratamiento para el paciente, sino que cualquiera de...

List any restrictions: _____

Print Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Circle: Padre, Madre, o Guardian

Este formulario de consentimiento, liberación y renuncia permanecerá efectiva hasta la expiración de esta forma que es de tres años desde la fecha. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Nombre: _____ CELL _____ Nombre: _____ CELL _____
Padre Madre

AUTORIZACION DE TOMAR FOTOGRAFIAS

Para consideración valiosa y que es reconocido por la presente, el abajo firmante otorga permiso de Academia de equitación de Pegaso para tomar o han tomado todavía y mover fotografías y películas, incluyendo imágenes de televisión de nuestra / mi hijo, hija, ward. Al firmar esta el jinete, padre o tutor, consiente y autoriza la Academia de equitación de Pegaso, sus agencias de publicidad, medios de prensa y otras personas interesadas en la Academia de equitación de Pegasus y su trabajo, para utilizar y reproducir las fotografías, películas y fotos y para distribuir y dar a conocer el mismo por todos los medios incluyendo, sin limitar la Generalidad de los periódicos que preceden, medios de televisión, folletos, películas, folletos, material didáctico, libros y material clínico. Con respecto a las cuestiones que preceden, incentivos ni promesas han hecho a nosotros me asegurar nuestra / mi firma (s) para esta versión distintas de la intención de la Academia de equitación Pegasus para utilizar o causar que se utilizará, como fotografías, películas y fotos para

PHOTO'S AUTHORIZED: FIRMA: _____ FECHA: _____
Padre, Madre, o Guardian

Si el jinete, padre o tutor no desea fotos tomadas bajo ninguna circunstancia, YOU MUST círculo y firmar abajo "NO fotos"
NO PHOTO'S: Signature of Padre, Madre, o Guardian: _____

Requesting no photos be taken
NOTE: IF YOU DO NOT CIRCLE "NO PHOTO'S AND SIGN PICTURES MAY BE TAKEN!"



QUALIFICATIONS / RIDERS DRESS CODE

Estimados Riders, padres, cuidadores y maestros;

Guarde esta página como para su información.

QUALIFICATIONS

- ❖ **Adults:** Jinetes deben considerarse minusválidos por el sistema de Seguridad Social
- ❖ **Children:** Riders deben considerarse minusválidos por el sistema de escuelas públicas
- ❖ Todos los solicitantes deben completar el "paquete de Riders" que incluiría la aprobación firmada de médicos para candidatos a participar en el programa
- ❖ We accept riders 3 years of age to late 80's
- ❖ Weight maximum: 190 lbs., no exceptions for SAFTEY of the rider, horse and volunteer.

RIDER'S DRESS CODE:

- ❖ Para un viaje seguro y beneficioso pedimos que todo el mundo siga el debajo del código de vestimenta. Si no se sigue el código de vestimenta podrá solicitarse el jinete no a montar esa semana. Nuevamente, estas reglas son para la seguridad del conductor.
- ❖ Pantalones largos: para proteger las piernas de los jinetes de camuflaje y conseguir pellizcados en correas de silla Cerrado toe zapatos, zapatillas y botas son buenos, NO SANDELS o FLIP FLOPS. Si un jinete lleva los zapatos de dedos abiertos, sandalias o flip flops ellos no ser permitido a montar.
- ❖ Vestidos ni faldas
- ❖ Tops, nada cómodos, mantén en condiciones meteorológicas de mente

Cascos: Son proporcionados por Pegasus y deben ser usados. Nuestros cascos cumplen con todos los códigos de seguridad de Estado. Jinetes pueden traer su propio casco siempre y cuando cumpla con el código de seguridad del Estado.

Gracias,

Chase Berke, COO, Program Director