



Gracias por su interés en el proyecto Pegaso!

Proyecto Pegaso es un centro de acreditados ruta Premier, equitación terapéutica y equinos asistidas actividades a aquellas personas con discapacidades y necesidades especiales. El programa está diseñado para promover habilidades de conducción y equitación, teniendo en cuenta las necesidades de cada participante. Los solicitantes aprobados se evalúan y se desarrollan objetivos anuales para el participante.

Antes de que un solicitante puede ser considerado para el programa proyecto Pegaso, las formas cerradas deben ser completamente rellenas y regresó a la Oficina del proyecto Pegaso (véase la dirección en la parte inferior de la página).

- **Requisitos (para su referencia)**
- **Historial médico del participante y declaración del médico (por favor incluya información de médico cuando enviar formulario)**
- **Autorización para tratamiento médico de emergencia**
- **Aplicación e historia de la salud**
- **Publicación de la foto**
- **Liberación de responsabilidad**
- **Evaluación de terapia física y ocupacional (si está disponible)**

Una vez que todas las formas son recibidas y verificadas por integridad, el solicitante será contactado para una evaluación. Si el solicitante es apto para la equitación terapéutica, el solicitante será inscrito en el programa o poner en lista de espera si no hay una ranura de lección de equitación disponibles. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para dar cabida a todos los solicitantes.

Después de ser aceptado en el programa, un contrato de equitación se publicará a la /guardian /parent participante para ser completado y regresó a proyecto Pegaso con la cuota de sesión antes de la sesiones a partir de, a menos que se han acordado otros arreglos para. El costo de cada **sesión de equitación** es de **\$200.00** (una hora a la semana durante 8 semanas). Ofrecemos asistencia financiera, basada en la necesidad financiera. Para obtener información adicional, por favor llame o email Brandi Fiscus en 509-965-6990 / program@pegasurides.com

El proyecto Pegaso ofrece mañana, tarde y noche veces lección con 4 cuatro sesiones trimestrales ofrecidos durante todo el año y una semana dos romper entre períodos de sesiones.

Si tienes alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, póngase en contacto con la Oficina del proyecto Pegaso al número que aparece a continuación.

Le agradecemos nuevamente su interés!

Atentamente,

Proyecto Pegaso

Pegasus Project ▪ 5808 Summitview Av. # 324, Yakima, WA 98908
▪ Oficina: (509) 965-6990 ▪ Fax: (509) 965-0531



Requisitos de elegibilidad

Objetivo del proyecto Pegaso es proporcionar seguras y equinos asistidas actividades productivas para todos sus participantes. Si el proyecto Pegaso no puede adaptarse a las necesidades de los participantes, o la ley de la equitación o el medio ambiente agravará su condición, equinos actividades no pueden ser adecuadas.

Como una ruta Premier acreditados Centro (PAC), proyecto Pegaso se adhiere a las normas y directrices de la ruta. Junto con las directrices PATH, hemos establecido los siguientes requisitos de elegibilidad para el programa de equitación terapéutica:

Misión Declaración :

Todos los participantes deben tener una necesidad especial diagnosticada y discapacidad en consonancia con la siguiente misión establecidos por proyecto Pegaso:

"Proporcionar equina y equitación terapéutica de calidad relacionados con actividades para personas con necesidades físicas y emocionales especiales para mejorar su salud y bienestar."

Política de edad:

Edad mínima: 4 años de clases de equitación terapéutica. No hay una edad máxima. El único requisito es que la persona es capaz de realizar físicamente y con seguridad lo que se requiere en una lección de equitación terapéutica.

Política de peso:

El peso máximo para cualquier conductor que sea adecuado para montar en el proyecto Pegaso es 200 libras. Personas dentro de ese límite serán evaluadas por el personal para determinar si la conducción es una actividad segura y adecuada.

Precauciones y contraindicaciones:

Si el movimiento asociado de equitación terapéutica provocará una disminución en la función del participante, un aumento de dolor o generalmente agravan la condición médica del participante, no es la actividad de elección. Si las actividades equinos asistidas son perjudiciales para el participante o el equino, actividades equinos pueden contraindicadas, de acuerdo con las directrices de la ruta.

Todos los participantes son evaluados en forma individual con respecto a las precauciones y contraindicaciones, descrito por las directrices de la ruta. Todos los miembros del equipo (participante,

padre/tutor, Instructor de la ruta, terapeuta, educador, médico y otros) deben ser cómodos con la decisión final de aprobar la participación.

Consideraciones adicionales:

Estas pueden incluir la experiencia y los conocimientos del instructor ruta para atender las necesidades de los participantes, que poseen un equino adecuado para el participante, el equipo adecuado y la disponibilidad del número adecuado de voluntarios para el participante. Además, también prestará atención a si el personal y los voluntarios son capaces de **administrar con seguridad el participante en cualquier situación, incluyendo un emergencia desmontar.**

Información de médico

Estimado proveedor de atención médica:

Su paciente, _____, está interesado en participar en actividades supervisadas de asistida equinos en el centro de equitación terapéutica proyecto Pegaso.

A fin de forma segura proporcionar este servicio, proyecto Pegaso pide que complete el historial médico adjunto y formulario de declaración del médico.

Las siguientes condiciones, si está presente, pueden representar **LAS PRECAUCIONES o CONTRAINDICACIONES** a la equitación terapéutica. Por lo tanto, al completar este formulario, tenga en cuenta si estas condiciones están presentes y en qué grado.

Ortopédico Médicos y quirúrgicos

Alergias de fusión espinal a pastos, animales y polvo

Cáncer de inestabilidades y anormalidades de espinal

Atlantoaxial inestabilidades pobre resistencia

Escoliosis cirugía reciente

Cifosis Diabetes

Enfermedad Vasculor periférica lordosis

Subluxación y luxación varices hip

Hemofilia de osteoporosis

Hipertensión de fracturas patológicas

Coxas artrosis grave enfermedad del corazón

Traza de osificación heterotópico (accidente Cerebrovascular)

Osteogénesis Imperfecta

Craneal déficits **preocupaciones secundarias**

Órtesis espinal

Problemas de comportamiento de dispositivos para estabilización de columna vertebral interno (tales como varillas de Harrington) Menos de dos años de edad

Dos: cuatro años de edad

Neurológicos Exacerbación aguda de enfermedad crónica

Catéter Búdico

Hidrocefalia/shunt

Espina Bífida

Medula

Malformación de Chiari II

Quitarme

Parálisis debido a una lesión de la médula espinal (por encima de T-9)

Incontrolada trastornos de incautación

Muchas gracias por su ayuda. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la participación de este paciente en actividades equinos, póngase en contacto con el proyecto Pegaso en la dirección y número de teléfono que se enumera a continuación.

Pegasus proyecto ▪ 5808 Summitview Av. # 324, Yakima, WA 98908

▪ **Oficina: (509) 965-6990** ▪ **Fax: (509) 965-0531**

Historial médico del participante y declaración del médico
(Para ser completado por médico)

Participante: _____ DOB: _____ altura: _____ peso:

Diagnosis: _____ Date of Onset:

Pasado y posibles cirugías:

Medications:

Participante tiene convulsiones? Sí No si sí, tenga en cuenta tipo de ataque:

Son las convulsiones controladas? Sí sin fecha de la última incautación:

Participante tiene una derivación? Sí No si sí, fecha de última revisión:

Precauciones especiales/necesidades:

Movilidad: deambulación independiente? Sí No / asistida deambulación? Sí No /Use de silla de ruedas?: Sí

No

Braces/Assisted Devices:

Para aquellos con síndrome de Down : Fecha de última AtlantoDens intervalo X - rayos: _____

resultado: Positiva Negativo

Participantes mostrar síntomas neurológicos de la inestabilidad AtlantoAxial? Sí No

Sírvase indicar actuales o pasadas necesidades especiales en las siguientes sistemas y áreas, incluyendo cirugías:

	Sí	No	Comentarios
Auditivo			
Visual			
Sensación táctil			
Discurso			
Cardíaco			
Circulatorio			
Integumentario piel			
Inmunidad			
Pulmonar			
Neurológicos			
Muscular			
Balance			
Ortopédico			
Alergias			
Discapacidad de aprendizaje			
Cognitiva			
Emocional, psicológico			
Dolor			
Otros			

Teniendo en cuenta el diagnóstico anterior y la información médica, esta persona no es médicamente excluida de la participación en actividades de asistencia equinos. Entiendo que el proyecto Pegaso pesará la información médica dada contra el vigentes precauciones y contraindicaciones. Por lo tanto, me refiero a esta persona el proyecto Pegaso de evaluación en curso para determinar la elegibilidad para la participación.

Firma del médico: _____ fecha:

Address: _____ City: _____ Zip:

Teléfono: título del _____ médico nombre (por favor, imprimir):



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Nombre del participante: _____ DOB: _____ teléfono:

Address: _____ City: _____ Zip:

Nombre del médico: _____ preferido centro médico:

Compañía de seguros de salud: _____ política #:

Alergia a medicamentos:

Medicamentos actuales:

En el caso de una emergencia, por favor póngase en contacto con:

Name: _____ Relation: _____ Phone:

Name: _____ Relation: _____

Phone: _____

Plan de consentimiento

En el caso de una emergencia médica, autorizar a centro de equitación de Pegasus proyecto terapéutico o su agente designado para autorizar dicha asistencia médica que estime necesaria. Además autorizo a cualquier médico con licencia o instalación médica para proporcionar cualquier atención médica o quirúrgica y hospitalización para el participante considerado necesario o conveniente hasta que soy capaz de proporcionar autorización más específica o disponibles.

Firma de consentimiento: _____ fecha:

(Participante, padre o tutor Legal)



HISTORIA de aplicación participante & salud

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del participante: _____ DOB:

Edad: _____ altura: _____ Weight: _____ género: F M

Dirección: _____ ciudad: _____ código postal:

Inicio teléfono: _____ celular:

Employer/School: _____

Dirección: _____ ciudad: _____ código postal:

Phone: _____ Email:

Representante Legal/primario:

Fuente de referencia: _____ Phone:

¿Cómo te enteraste nuestro
programa? _____

HISTORIAL MÉDICO

Diagnóstico primario: _____ fecha de aparición:

Diagnósticos secundarios: _____ fecha de aparición:

¿Las incautaciones actuales o pasadas? _____ Fecha de la última incautación: _____

En caso afirmativo, Sírvanse ampliar el tipo, frecuencia y método de control:

Past
surgeries: _____

—

Recientes estudios (radiografías, resonancia magnética, tomografía computada, etc.) de imágenes: _____

Sírvase indicar consideraciones actuales o pasadas en las siguientes áreas (columna izquierda da área y a la derecha da ejemplos de información importante para incluir). Utilice una hoja separada si es necesario.

		Sí	No	Comentarios
Visión	Gafas/contactos			
Audiencia	Audífonos, implantes			
Sensación	Sobre o bajo-sensibles			
Comunicación	ASL, retrasos de discurso, gesto			
Corazón	Cirugías, implantes			
Respiración	Asma, oxígeno			
Digestión	Tubo de gastronomía			
Eliminación	Catéteres, colostomía, incontinencia			
Circulación	Las venas varicosas, hemofilia, reducción de circulación			
Salud emocional y Mental	Depresión, ansiedad			
Comportamiento	Agresión			
Dolor	Dolores de cabeza, dolor en las articulaciones			
Hueso mixto	Cirugías espinales, fusiones, implantes, osteoporosis, artritis			
Muscular	Debilidad, tono alto, tono bajo			
Neurológicos	Incautaciones, ataxias, temblores			
Cognitiva	Capacidad para seguir uno a varias solicitudes de paso			
Alergias	Heno, polvo, caspa			

Medicamentos(incluir medicamentos recetados, sin receta; nombre, dosis y frecuencia):

Por favor describa las habilidades del participante en las siguientes áreas(incluye la asistencia necesaria y equipamiento necesario):

Función física(incluye capacidades de movilidad, tales como el uso de dispositivos de ayuda o transferencias, Ortopedia desgastado y propósito, etc.):

Función psico SOCIAL (incluye las actividades diarias, como el trabajo o la escuela – incluyendo grado completado, intereses de ocio, relaciones, estructura familiar, sistema de apoyo, animales de compañía, temores y preocupaciones, etc.):

Objetivos(Qué le / participante como lograr a través de equitación o hipoterapia? Siéntase libre para incluir otras metas de tratamiento y objetivos IEP, etc.):

Firma: _____ **fecha:**

(Participante o padre/tutor)



PUBLICACIÓN DE LA FOTO

Nombre del participante: _____ DOB:

Consentimiento:

Queda consiente y autorizar el uso y reproducción por la Fundación de proyecto Pegaso de todas fotografías, reproducciones digitales y cualquier otro material audiovisual de mí y mi hijo y mi hija y mi barrio para material promocional, ya sea electrónica, impresión, digital o electrónico de publicación a través de Internet, actividades de educación, exposiciones o para cualquier otro uso para el beneficio del proyecto Pegasus por un período ilimitado de tiempo y sin compensación monetaria o de otras remuneraciones.

Signature: _____ Date:

(Si menores de 18 años de edad, padre o tutor legal debe firmar)

No-consentimiento:

No consiente y autoriza el uso de fotografías todas y cualquier otro material audiovisual tomado de mí para material promocional, actividades de educación, exposiciones, o para cualquier otro uso para el beneficio del programa.

Signature: _____ Date: _____

RESPONSABILIDAD LANZAMIENTO, INDEMNIZACIÓN, Y ESPERA ACUERDO INOFENSIVOS

Entender y reconocer la existencia de cada uno de los siguientes riesgos plenamente y los peligros asociados a ser alrededor de caballos y equitación (estos riesgos y riesgos colectivamente en lo sucesivo se denominarán como los "*Riesgos inherentes*"):

r. las actividades de caballo montando y estar cerca de una participación de caballo numerosos peligros y riesgos, previstos e imprevistos, de lesiones y la muerte me (ni mi hijo);

b. caballos, como todos los demás animales, independientemente de su pasado de capacitación y habitual comportamiento y características, puede actuar y reaccionar en imprevisible y formas peligrosas, incluyendo pero no limitándose a, cría, contrariando, y corriendo;

c. cabalgatas en cualquier tipo de terreno pueden ser peligroso para ambos me (y mi hijo) y que este peligro aumenta cuando cabalgando en un caballo rápido, como en un canter (lope) o en un galope;

d. al caballo, incluso a ritmos más lentos, mi (y mi hijo) caballo puede tropezar, ser arrojado fuera de equilibrio, quedar atrapados en un agujero o rut, caída, o de lo contrario ser peligroso para mí; y

e. al caballo, yo (y mi hijo) podemos, en cualquier momento, perder el control o caer fuera de mi (y mi hijo) a caballo o tener una colisión.

En la luz de estos entendimientos y reconocimientos y en consideración de mí (y mi hijo) están autorizados a participar en o servir como voluntario para Paseos a caballo y actividades relacionadas con el caballo ("*Actividades de asunto*") siempre y coordinada por la Fundación de proyecto Pegaso (d/b/a la Fundación proyecto Pegaso Centro de equitación terapéutico), para mí (y a mi hijo) y mi (y mi hijo) herederos, representantes personales y legales, administradores y cesionarios, queda:

1. Reconocer el *Tema actividades* son inherentemente peligrosas y personalmente asume todos los riesgos, incluidos, sin limitarse a, los mencionados *Riesgos inherentes*, si previsto o imprevisto, asociado a mi (o mi hijo) participación en el *asunto*

Actividades ; y

2. Forever (i) liberar toda responsabilidad de la Fundación proyecto Pegaso y sus sucesores, asigna, miembros, directores, oficiales, empleados, voluntarios, instructores, terapeutas, agentes, patrocinadores y afiliados (en lo sucesivo denominadas colectivamente como "*Releasee*"), (ii) aprobación de la gestión y Pacto no A SUE el *Releasee* (iii) mantienen y guardar ileso y INDEMNIFY *Releasee* de y contra cualquier y cada responsabilidad, reclamación, lesiones, pérdida, daños, gastos, demanda, acción y causa de acción, de cualquier tipo o naturaleza, derivados de o relacionados con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que puede ser sostenida por me (mi hijo) o por cualquier motivo, mientras participar en las *Actividades del tema*, si tales daños son el resultado de *Releasee* negligencia o cualquier otra causa.

Más Estado que (i) soy de edad legal y jurídicamente competente a firmar esto Contrato, (ii) comprendo que los términos de este acuerdo son contractuales y no un mero Considerando; (iii) este acuerdo contiene el acuerdo completo entre yo y *Releasee*; y (iv) si estoy ejecución de este acuerdo en nombre de un niño, que soy el legal tutor de dicho niño y autorizados a ejecutar este acuerdo en dicha capacidad. En Además, estoy de acuerdo en que nada en este acuerdo limita la protección otorgada a los *Releasee* por la ley de responsabilidad equina del Estado de Washington, como es actualmente codificada en Modificado el RCW 4.24.530 -.540 y en adelante.

EN LA FIRMA DE ESTE ACUERDO, QUEDA LA RECONOCE Y REPRESENTAN, QUE HE LEÍDO ESTE ACUERDO, COMPRENDER Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO, Y ESTOY ENTRANDO VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ACUERDO.

Signature: _____ Date: _____

Name (Print): _____

Nombre del niño (*si es aplicable*): _____