



**THERAPEUTIC  
HORSEMANSHIP  
EQUESTRIAN  
CENTER INC.**

# **Bienvenido Nuevo Estudiante! 2021**

Por favor complete esta application y regrésela a la oficina lo más pronto posible para poder programar su evaluación. Por favor quédese con las páginas de la 1 a la 3 para sus récords. Página 6 debe de ser llenada por su doctor. Formas no completadas o firmadas van a ser regresadas.

Therapeutic Horsemanship Equestrian Center, Inc.  
Mailing Address: PO Box 5337, Hemet, CA 92544  
Physical Address: 27260 Girard St. Hemet, CA 92544  
951-658-7790 • Fax: 951-765-6001  
[www.THECenterRanch.org](http://www.THECenterRanch.org) • [Info@THECenterRanch.org](mailto:Info@THECenterRanch.org)

**T.H.E. Center, Inc.**  
**PROGRAMA DE LECCIÓN TERAPÉUTICA Y ACUERDO DE POLÍTICA**

Bienvenidos a Therapeutic Horsemanship Equestrian Center (T.H.E. Center Inc.). Nuestro programa se basa en brindar un ambiente de aprendizaje seguro y agradable con caballos para niños y adultos con una variedad de discapacidades. Equitación Terapéutica es una actividad asistida con caballos para el propósito de contribuir positivamente al bienestar cognitivo, psicológico, emocional, y social a las personas con necesidades especiales. El gol de nuestro programas es el desenvolvimiento y fortalecer las áreas de conciencia, balance, flexibilidad, tonificación de músculos, paciencia, fuerza, coordinación, enfoque, liderazgo, trabajo en equipo, amistades, conciencia espacial, y diversión.

T.H.E. Center inc. esta acreditado por Path Intl. como un Premier Accredited Center. Todos nuestros instructores están certificados y entrenados por PATH Intl. (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International). PATH Intl. promueve seguridad y resultados óptimos en actividades asistidas equinas y terapias para individuos con necesidades especiales. Esta organización brinda estándares, procedimientos, y políticas a que T.H.E. Center se adhiere estrictamente. Nosotros buscamos maximizar las habilidades de cada estudiante y adaptamos cada lección del programa para ellos. Trabajamos con personas con necesidades especiales variadas cognitivas, emocionales, y físicas incluyendo pero no limitando el trauma del cerebro, Autismo, Syndrome de Down, Cerebral Palsy, Stroke, Multiple Sclerosis, discapacidades de aprendizaje y muchas más. Por favor siéntanse libre a visitar [www.pathintl.org](http://www.pathintl.org)

Por favor lea el reglamento cuidadosamente. Contiene expectativas y requerimientos que deben de ser adheridos para poder participar en nuestro programa. Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con Anakaren Bradshaw al número (951) 663-0744

**Reglas y Responsabilidades del Estudiante**

- Estudiantes son responsables de llegar a tiempo a cada lección.
- Estudiantes pueden llegar cinco minutos antes de su lección, o más temprano si es aprobado por el instructor.
- Padres son requeridos a quedarse durante la lección.
- Estudiantes no son permitidos a tener celulares durante la lección; no llamadas o textos.
- Padres viendo la lección no están permitidos a entra la la área de lección, al menos que son dirigidos por el instructor.
- Al menos que sea una emergencia, padres deberían evitar interactuar, interrumpir o distraer al estudiante.
- Un adulto siempre tiene que supervisar a niños que vengan acompañados con usted.
- No se permite aventar piedras, correr, gritar, o espantar a los caballos
- Perros y carriolas no son permitidas afuera del patio

**Si Llegas Tarde**

Si el estudiante llega 15 minutos tarde, no le podemos dar su lección

**Cancelaciones**

Cancelaciones tienen que ser echas no más tarde que 24-horas antes del tiempo se su lección. Cancelaciones echas con menos de 24 horas de notificación pueden resultar en ser contadas como absences sin notificación y ser cobradas.

Instructores pueden cancelar un lección por enfermedades, clima, circunstancias extenuates.

**Absentismo**

Estudiantes con más de tres ausencias, sin llamada or notificación de ausencia, van a ser removidos del programa.

**Contacto**

Si tiene cualquier pregunta, la mejor forma de contactarse es mandando un mensaje a nuestra página de Facebook a [Facebook.com/Thecenterinc](https://www.facebook.com/Thecenterinc) . También puede llamar a (951) 663-0744 or por email [abradshaw@thecenterranch.org](mailto:abradshaw@thecenterranch.org) .Por favor pide por Anakaren.

**Horas de Operacion**

Martes a Sabado 9AM a 5PM

**PAGOS**

- T.H.E. Center cobra mensualmente. Billes son distribuidos a principios del mes para la cobrar por el mes pasado.
- Pagos se pueden hacer con efectivo, cheque o con tarjeta de crédito. Pagos echos con tarjeta de crédito se pueden aser a través de nuestro sitio web, usando nuestro botón de PayPal "Pay Student Tuition". Tambien registrar su informacion con nuestra officina para que sus pagos de tarjeta credita sean echos automaticamente cada mes.
  - T.H.E. Center, Inc. acepta MasterCard, Visa y American Express, pero no tarjetas corporativas ni mundiales.
    - Si su tarjeta de credito or cheque es rechazado, debe pagar un recargo de \$ 25.00.

**BECAS Y ASISTENCIA FINANCIERA**

Si usted o su hijo necesita una beca o asistencia financiera para ayudar a cubrir el costo de las clases, por favor complete nuestra application de asistencia financiera. El centro trabaja en asociación con donantes y fundaciones para brindar asistencia con becas a los estudiantes que tienen una necesidad comprobada. Por lo tanto, la asistencia de becas y el tiempo de procesamiento de la solicitud difieren por persona, necesidad, los fondos disponibles y el diagnóstico. La presentación de la solicitud de beca no garantiza asistencia financiera. No se garantiza que la asistencia de becas cubra los costos completos de la clases. Debido al alto volumen de becas solicitadas, el tiempo promedio de procesamiento de una beca puede ser entre 1 mes y 6 meses. Para obtener más información, comuníquese con Anakaren Bradshaw (951) 663-0744.

**INFORMACION DE TARJETA DE CREDITO**

La información a continuación debe ser completada en su totalidad por el titular de la tarjeta:

(Circle One) Mastercard    Visa    American Express    Numero de Tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Dia de Expiracion: \_\_\_\_\_ Codigo CVC: \_\_\_\_\_  
 Nombre como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Envío: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a T.H.E. Center, Inc. retirará la cuota mensual de la cuenta anterior el 1 de cada mes.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE LA LECCIÓN, CONTRATO, Y CONTRATO DE PAGO**

\_\_\_\_\_ he leído y acepto el Contrato de Contrato de Lección y Política de Pago.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_

## PARTICIPANT INFORMATION

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Cellular: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Genero: Nino / Nina  
Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_  
Dirreccion (solo si differente): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Como supo de T.H.E. Center, Inc.: \_\_\_\_\_

### En Caso de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de contacto: \_\_\_\_\_ Relacion A Estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de contacto: \_\_\_\_\_ Relacion A Estudiante: \_\_\_\_\_

**LANZAMIENTO MEDICO** : En caso de emergencia, doy permiso a T.H.E. Center, Inc. garantiza el tratamiento médico que incluye: transporte, radiografías, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y servicio hospitalario prestado según las instrucciones generales o específicas de cualquier médico u hospital. El abajo firmante acuerda pagar todos los honorarios y gastos de los médicos, hospitales, ambulancias y otros gastos médicos en los que se incurra en forma razonable y necesariamente.

### LIBERACIÓN DE FOTOS:

**Doy el consentimiento**  **No doy consentimiento** Para y autorizar el uso y reproducción por T.H.E. Center, Inc. de cualquiera y todas las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de mí para material promocional, actividades educativas, exposiciones o para cualquier otro uso en beneficio del programa.

### LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Como voluntario, miembro del personal, estudiante, miembro de la junta de T.H.E. Center, Inc. Reconozco los riesgos y los riesgos potenciales de un programa de equitación, incluido el riesgo de lesiones corporales o la muerte como resultado de patadas y mordidas, caídas de caballos o caídas de caballos sobre jinetes, arrastrados por un pie atrapado en los estribos, arrojados a caballo, fallas del equipo o colisión con caballos o vehículos u otros objetos inanimados. Sin embargo, creo que los posibles beneficios para mi familia o para el niño que cuido son mayores que el riesgo asumido. Por este medio, con la intención de estar vinculado legalmente a mí mismo, a mis herederos y cesionarios, a los ejecutores o administradores, renuncio y libero para siempre todas las reclamaciones por daños y perjuicios contra T.H.E. Center, Inc., su junta directiva, instructores, terapeutas, voluntarios y / o empleados para cualquier y todas las lesiones y / o pérdidas que pueda sufrir como resultado del uso de T.H.E. Center, Inc. propiedad, equipo o instalaciones

**HE LEÍDO LOS COMUNICADOS ANTERIORES Y OTORGO MÉDICO DE EMERGENCIA, FOTO, Y CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD COMO SE INDICA ANTERIORMENTE:**

Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardian (si meno se 18): \_\_\_\_\_

**SI TIENE MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD, EL PADRE O GUARDIAN DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO**

#### ***For Office Use Only:***

Date Revd.: \_\_\_\_\_ Evaluation Date & Time: \_\_\_\_\_ **Photo Consent:**  Yes  NO

**Liability Release:**  **Medical Release:**  **Lesson Type:**  Group  Individual

Instructor: \_\_\_\_\_ PG Director Signature: \_\_\_\_\_

Billing Info:

**PARTICIPANTS MEDICAL HISTORY & PHYSICIANS STATEMENT**

**Participants Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Weight:** \_\_\_\_\_ **Height:** \_\_\_\_\_

**Primary Physician's Name:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

I authorize \_\_\_\_\_ (healthcare provider) to disclose the protected health information described below to T.H.E. Center, Inc.

**Student/Parent/Guardian's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Health Concerns/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date of Onset: \_\_\_\_\_

Tetanus Immunization Date: \_\_\_\_\_ Medications: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_ Past Surgery: \_\_\_\_\_

Seizures:  Yes  No Type: Describe: \_\_\_\_\_

Mobility:  Independent Ambulation  Crutches  Braces  Wheelchair  Other

Please indicate current or past special needs in the following systems/areas including surgeries:

	Yes	No	Comment
Auditory			
Visual			
Tactile Sensation			
Speech			
Cardiac			
Circulatory			
Integumentary/Skin			
Immunity			
Pulmonary			
Neurologic			
Muscular			
Balance			
Allergies			
Learning Disability			
Cognitive			
Emotional/Psychological			
Pain			
Behavioral/Social			
Other			

Those with disabilities/current health issues are required to have a **Health Care Provider** complete the following:

Given the above information, this person is not medically precluded from participating in supervised equestrian activities at T.H.E. Center, Inc.

Physician's Name/Title: \_\_\_\_\_ MD PA DO NP Other: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Please attach prescription for Physical, Occupational or Speech Therapy, if applying for Hippo-Therapy Services)

Physician's Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Physician's Phone Number: \_\_\_\_\_ License/UPIN Number: \_\_\_\_\_

Physician's Comments: \_\_\_\_\_

**Please Return To:**  
 T.H.E. Center, Inc. PO Box 5337 Hemet, Ca. 92544 - Fax: 951-765-6001 - INFO@THECenterRanch.org