

**SOLICITUD DEL PARTICIPANTE**

¡Bienvenida! Strides Therapeutic Horsemanship Center es una organización sin fines de lucro 501(c)3 que se especializa en brindar actividades asistidas por equinos aindividuos con impedimentos físicos, cognitivos y / o emocionales.

**PROCESO DE PARTICIPANTE**

1. Complete y envíe la Solicitud de Participante por correo postal o correo electrónico.
2. **Nuevos participantes:** llame para programar su evaluación.
3. Se le inscribirá en la clase más apropiada en función de los resultados de su evaluación.
4. La matrícula debe enviarse para reservar su tiempo en el horario.
5. **Nota:** si se necesita más ayuda financiera, la **Beca K.M.** está disponible.

**Mande las Aplicaciones por Correo o Electrónico:**

Strides Therapeutic Horsemanship Center Correo electrónico: Hello@StridesTC.org

ATTN: Executive Director

5426 N Rd 68 Ste D #204

Pasco, WA 99301

**¿A qué programa(s) está solicitando?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IMPORTANT:**

1. **Política de Clases de Recuperación:** Strides ofrece una (1) clase de recuperación por sesión si cancelamos por cualquier motivo. Las clases de recuperación pueden programarse durante la semana posterior al final de su sesión. Tenga en cuenta que no se ofrecen clases de recuperación para lecciones canceladas por el cliente, a menos que la cancelación sea aprobada con al menos 24 horas de anticipación. Cualquier pago de matrícula realizado para las sesiones se considerará perdido y será tratado como una donación a Strides si la lección no se asiste o no se reprograma adecuadamente. No se otorgarán reembolsos.
2. Consulte "Fechas de ***sesión y fechas de vencimiento"*** en StridesTC.org para enviar solicitudes, solicitudes de becas y pagos de matrícula a tiempo.
3. ***Las tasas de matrícula*** se indican en StridesTC.org.
4. Alentamos a **todos los padres / tutores** a tomar capacitación voluntaria para participar durante la sesión de los participantes. Llame al 509-492-8000 o envíe un correo electrónico  **a Volunteer@StridesTC.org** para programar la capacitación.
5. **Reglas de la propiedad / vecindario:** Honeysuckle Rd tiene una velocidad máxima de 15 mph y la propiedad de Strides es de MAX 5 mph. Sin excepciones.
6. **Revisa el Manual del participante** para obtener una lista completa de las políticas y procedimientos mientras estés en Strides.

Si tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de solicitud, comuníquese con nuestra oficina al:

Correo electrónico: **Hello@StridesTC.org** (Habla español)

Teléfono: 509-492-8000

**¡Estamos ansiosos por conocerte!**

*¡La Junta Directiva, el Personal, los Voluntarios y los Caballos de Strides!*

**POR FAVOR, PROPORCIÓNELO AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL**

# PARTICIPANTE

Dear Healthcare Provider:

Your patient, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, is interested in participating in equine-assisted activities at the Strides Therapeutic Horsemanship Center (Strides) in Pasco, WA. To safely provide this service, Strides requests that you complete the attached **Medical History** and **Physician's Release**.

Please indicate if your patient presents with any of the following conditions as they may represent **precautions** or **contraindications** to equine-assisted activities.

**Orthopedic:**

Atlantoaxial Instability **Medical/ Psychological:**

Contractures Coxa Arthrosis Allergies

Heterotopic Ossification/Myositis Ossificans Animal Abuse

Joint subluxation/dislocation Physical/Sexual/Emotional Abuse

Osteoporosis Pathologic Fractures Blood Pressure Control

Spinal Instability/Abnormalities Dangerous to self or others

Spinal Fusion/Fixation Exacerbations of medical conditions

Scoliosis 30 degrees or greater Respiratory Compromise

Hemophilia

**Neurologic:**  Medical instability

Hydrocephalus/Shunt PVD

Uncontrolled Seizures

Tethered Cord Symptoms **Other:**

Chiari II Malformations Indwelling Catheters

Hydromyelia Symptoms Medications with photosensitivity side effect

Spinal Cord Injury (*if injury is above T6*) Skin Breakdown

Neuromuscular Disorders (*if pain or fatigue increases with the activity*)

Thank you for your assistance. If you have any questions regarding this patient's participation in equineassisted activities, please contact Strides.

Sincerely,

*Strides Executive Director*

Email: Strides@StridesTC.org

Phone: 509-492-8000, ext 0

# MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICAL

*(To be completed by Licensed Health Care Provider / Deberia ser completado por provedor con licensia.)*

**Participant’s Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *first last*

**Primary Diagnosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secondary Diagnosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participant has seizures:**

No

Yes, type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Are seizures controlled? \_\_ Yes \_\_ No Date of last seizure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participant has a shunt:**

No \_\_\_

Yes, date of last revision: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participants with Down Syndrome or Juvenile Rheumatoid Arthritis must have neck cleared:**

Not applicable to this participant

Diagnostics: date completed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ results: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Neurological symptoms of atlantoaxial instability present: yes \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_\_

**Medications:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Other Precautions or Considerations:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# PHYSICIAN RELEASE

*Given the above medical information, this person is not medically precluded from participation in equineassisted activities. I understand that Strides will weigh the medical information given against the existing precautions and contraindications. Therefore, I refer this person to Strides for ongoing evaluation to determine eligibility for participation.*

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

**Physician’s Contact Information**

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Primero Último*

**Tutor legal del participante** (*si corresponde*):

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Primero Último*

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Me gustaría recibir boletines informativos o actualizaciones sobre Strides.*

**How did you hear about Strides?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| amigo familia doctor |  | terapeuta escuela IG / Fbk |  | Buscar en Google  Radio / TV  Otro:\_\_\_\_\_\_\_ |

**¿CÓMO DESCRIBIRÍA EL TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES?**:

**Función física** (*Por ejemplo: equilibrio sentado, equilibrio de pie, movilidad, transferencias, etc.*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enumere los dispositivos de asistencia utilizados y / o aparatos ortopédicos**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Función psico/social** (*Por ejemplo: actividades diarias, escuela/trabajo, intereses, sistema de apoyo familiar/amigo, animales de compañía, miedos/preocupaciones, etc.*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objetivos: ¿qué te gustaría lograr durante tu tiempo en Strides?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indique el historial médico y otras consideraciones actuales / pasadas a continuación:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ejemplo** | **Sí** | **No** | **Comentarios** |
| Visión | *Los anteojos / contactos* |  |  |  |
| Oído | *Audífonos, implantes* |  |  |  |
| Sensorial | *Sensibilidad excesiva o insuficiente* |  |  |  |
| Comunicación | *ASL, retrasos en el habla, gestos* |  |  |  |
| Cardiaco | *Cirugías, implantes* |  |  |  |
| Respiración | *Asma, oxígeno* |  |  |  |
| Digestión | *Tubo de gastronomía* |  |  |  |
| Eliminación | *Catéteres, colostomía, incontinencia* |  |  |  |
| Circulación | *Venas varicosas, hemofilia, circulación reducida* |  |  |  |
| Salud  Emocional/Mental | *Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático* |  |  |  |
| Conductual | *Agresión* |  |  |  |
| Dolor | *Dolores de cabeza, dolor en las articulaciones* |  |  |  |
| Ortopédico | *cirugías, fusiones, implantes, osteoporosis, artritis* |  |  |  |
| Muscular | *Debilidad, tono alto, tono bajo* |  |  |  |
| Neurológico | *Convulsiones, ataxias, temblores* |  |  |  |
| **Alergias** | *es, práctico, caspa, base, avispas* |  |  |  |

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Primero Último*

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Centro Médico Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguros de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Política #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **En caso de emergencia, póngase en contacto con:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PLAN DE CONSENTIMIENTO:**

En caso de una emergencia médica, autorizo a Strides Therapeutic Horsemanship Center y/o a su agente designado a autorizar la asistencia médica que considere necesaria. Además, autorizo a cualquier médico y/o centro médico con licencia a proporcionar cualquier atención médica o quirúrgica y/o hospitalización para el participante que se considere necesaria o aconsejable hasta que esté disponible o pueda proporcionar una autorización más específica. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

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

**PLAN SIN CONSENTIMIENTO:**

No doy mi consentimiento para el tratamiento / ayuda médica de emergencia en caso de enfermedad o lesión durante el proceso de recepción de servicios o mientras esté en la propiedad de la agencia. **NOTA: El tutor legal del participante DEBE permanecer siempre en el lugar durante las actividades asistidas por equinos.**

***En caso de que se requiera tratamiento / ayuda de emergencia, deseo que se lleven a cabo los siguientes procedimientos*:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Primero Último*

## COMUNICADO DE PRENSA

**CONSENTIMIENTO:**

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo el uso y la reproducción por parte de Strides Therapeutic Horsemanship Center de todas y cada una de las fotografías, videos, reproducciones digitales y cualquier otro material de audio / visual tomado de *mí / mi hijo / mi hija / mi pupilo* para material promocional, ya sea electrónico, impreso, digital o publicación digital a través de Internet, incluidas las redes sociales, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso en beneficio de Strides Therapeutic Horsemanship Center por un período de tiempo ilimitado y sin compensación monetaria u otra remuneración. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

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

**NO CONSENTIMIENTO:**

No doy mi consentimiento ni autorizo el uso de todas y cada una de las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de *mí / mi hijo / mi hija / mi pupilo* para material promocional, actividades educativas, exhibiciones o para cualquier otro uso en beneficio de Strides. *La firma puede ser del participante o tutor legal.*

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

## PARTICIPANT TERMS AND CONDITIONS CONTRACT

***Descargo de responsabilidad: al firmar este contrato de participante, usted declara que ha leído el Manual del participante que se encuentra digitalmente en StridesTC.org. Este manual es para su referencia.***

Yo (participante o tutor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tengo un contrato con el Centro de Equitación Terapéutica Strides (Strides) para dar a (nombre del participante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ actividades asistidas por equinos, incluidos, entre otros, los programas actuales que se encuentran en línea en StridesTC.org. Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo los términos y condiciones de los participantes, además de todas las políticas y reglas de Stride, que acepto cumplir en su totalidad. Además, entiendo que si no se sigue alguna de las políticas o reglas de Strides, Strides tiene el derecho de cancelar este contrato en su totalidad.

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

*La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Page

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo y reconozco plenamente la existencia de cada uno de los siguientes riesgos y peligros asociados con estar cerca de caballos y montar a caballo (estos riesgos y peligros se denominarán en lo sucesivo colectivamente como los "*Riesgos inherentes*"):

1. *Las actividades de montar a caballo y/o estar cerca de un caballo implican numerosos peligros y riesgos inherentes, tanto previstos como imprevistos, de lesiones y muerte para mí (y/o mi hijo);*
2. *Los caballos, al igual que todos los demás animales, independientemente de su entrenamiento y comportamiento y características habituales en el pasado, pueden actuar y reaccionar de maneras impredecibles y peligrosas, que incluyen, entre otras, encabritamiento, corcoveo y huida;*
3. *Montar a caballo en cualquier tipo de terreno puede ser peligroso tanto para mí (y/o para mi hijo) y que este peligro aumenta cuando se monta a caballo rápido, como al galope o al galope;*
4. *Mientras monta a caballo, incluso a ritmos más lentos, mi caballo (y/o el de mi hijo) puede tropezar, perder el equilibrio, quedar atrapado en un agujero o surco, caerse o ser peligroso para mí; y*
5. *Mientras montamos a caballo, yo (y/o mi hijo) podemos, en cualquier momento, perder el control o caernos de mi caballo (y/o del de mi hijo) o tener una colisión.*

A la luz de estos entendimientos y reconocimientos, y en consideración de que a mí (y/o a mi hijo) se me permite participar y/o servir como voluntario para montar a caballo y actividades relacionadas con la equitación ("Actividades de *la Asignatura*") proporcionadas y/o coordinadas por el Centro de Equitación Terapéutica Strides, hacer por mí (y/o mi hijo) y mis herederos (y/o los de mi hijo), representantes personales y legales, administradores y cesionarios, por la presente:

1. Reconocer que las *Actividades del Sujeto* son inherentemente peligrosas y asumir personalmente todos los riesgos, incluidos, entre otros, los *Riesgos Inherentes mencionados anteriormente*, ya sean previstos o imprevistos, asociados con mi participación (o la de mi hijo) en las Actividades del *Sujeto*; y

1. Para siempre
   1. LIBERA toda responsabilidad de Strides Therapeutic Horsemanship Center y sus sucesores, cesionarios, miembros, directores, funcionarios, empleados, voluntarios, instructores, terapeutas, agentes, patrocinadores y afiliados (en lo sucesivo denominados colectivamente como "Exonerado"),
   2. DESCARGA y PACTO DE NO DEMANDAR al Exonerado, y
   3. mantener y salvar a INDEMNE e INDEMNIZAR al Exonerado de y contra cualquier responsabilidad, reclamo, lesión, pérdida, daño, gasto, demanda, acción y causa de acción, de cualquier tipo o naturaleza, que surja de o esté relacionado con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda ser sufrida por mí (o mi hijo), por

Page

cualquier motivo, mientras participa en las Actividades en cuestión, ya sea que dichos daños sean el resultado de la negligencia del Exonerado o de cualquier otra causa.

1. Afirmo además que:
   1. Soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este Acuerdo, (ii) Entiendo que los términos de este Acuerdo son contractuales y no un mero considerando;

(iii) este Acuerdo contiene el acuerdo completo entre el *Exonerado* y yo; y (iv) si estoy ejecutando este Acuerdo en nombre de un niño, que soy el tutor legal de dicho niño y estoy autorizado para ejecutar este Acuerdo en dicha capacidad. Además, estoy de acuerdo en que nada de lo relacionado con este Acuerdo limita las protecciones otorgadas al *Exonerado* por la Ley de Responsabilidad Equina del Estado de Washington, tal como está actualmente codificada en RCW 4.24.530 - .540 y enmendada en lo sucesivo.

**AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO Y DECLARO QUE HE LEÍDO ESTE ACUERDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO Y ESTOY CELEBRANDO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO.**

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

*La firma puede ser del participante o tutor legal.*

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Primero Último*