

Programa de Aprendizaje y Enriquecimiento Asistido por Caballo de Galt

Apreciable Proveedor del cuidado de Salud:

(Nombre del participante)

está interesado en participar en actividades equinas supervisadas que incluye levantar, montar y actividades de desmontar en un marco supervisado que aun expondrá al participante a los riesgos asociado con estar con y montar caballos en un corral y condiciones de campo.

A fin de trabajar hacia la meta común de seguridad en estas circunstancias, nuestro centro requiere la ejecución de la Forma de Examen Físico para el Programa de Equitación. Por favor note que las siguientes condiciones quizá sugieran que el participante, para su seguridad, sea limitado o prohibido de participar en este programa. Por lo tanto, al completar esta forma, por favor considere debidamente si cualquier de éstas condiciones están presentes y hasta qué grado estas condiciones (u otras) pueden afectar su juicio profesional si el participante debe ser permitido a participar en el programa.

Ortopédico

Inestabilidad de Atlantoaxial – incluye síntomas neurológicos
 Coxa Artrosis
 Déficit Craneal
 Osificación Heterotópica/Myositis Ossificans
 Subluxación de coyuntura /dislocación
 Osteoporosis
 Fracturas Patológica
 Fusión de Coyuntura Espinal/Fijación
 Inestabilidad de Coyuntura Espinal/Anormalidades

Neurológico

Hidrocefalia /Shunt (Desviación)
 Convulsiones
 Espina Bífida / Malformación Chiari II /Cuerda Atada/Hidromielia

Otro

Edad-menor de 4 años
 Cateter Interno/Equipo Médico
 Medicamentos – p.e. fotosensibilidad
 Resistencia pobre
 Llagas/úlceras en la piel

Médica/Psicológica

Alergias
 Abuso de Animales
 Condición cardíaca
 Abuso Físico/Sexual/Emocional
 Control de Presión Arterial
 Peligroso a sí mismo o otros
 Exacerbaciones de condiciones médicas (p.e. RA, MS)
 Iniciar incendios
 Hemofilia
 Inestabilidad Médica
 Migrañas
 PVD
 Compromiso respiratorio
 Cirugías Recientes
 Abuso de Sustancias
 Desórdenes de Control de Pensamiento
 Desorden de Control de Peso

Muchas gracias por su ayuda. Si tiene algunas preguntas en cuanto cómo opera este programa, por favor siéntase con la libertad de comunicarse con nosotros antes de ejecutar la forma. Si tiene algunas preguntas o preocupaciones en cuanto a la habilidad del participante de participar con seguridad en el programa, por favor comunique esas preocupaciones a los padres/tutor del participante, igual que anotar el nivel apropiado (si hay alguno) en la forma adjunta.

Sinceramente,

Karen Schauer
 Voluntaria GALEP
 Teléfono 209 744-4545 Ext. 308

GALEP - FORMA DE EXÁMEN FÍSICO PARA EL PROGRAMA DE EQUITACIÓN

PARTE 1 (DEBE SER COMPLETADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	
----------	---------------	--

HISTORIAL DE SALUD (Tiene que ser completado antes del examen)

	Sí	No	Ha tenido este estudiante:	Sí	No	Este estudiante:	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad recurrente o crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes o lentes de contacto?	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad que dura más de 1 semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa puentes dentales, frenos o placas?	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma medicamentos (de receta o sin receta) (alistar):	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Condición nerviosa, siquiátrica o neurológica?				
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida o no funcionan órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene Síndrome de Down?	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias (medicinas, picadura de insecto, comida)?	Sí	No	Hay historial de:	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas del corazón o presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones requiriendo cuidado médico o tratamiento?	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de pecho o respiración entrecortada severa con ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión del cuello o dolor de espalda o lesión?	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareo o desmayo con ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de rodilla o lesión?	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayo, fuertes dolores de cabeza o convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión al hombro o dolor de codo o lesión?	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Conmoción o pérdida del conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de tobillo o lesión?	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El agotamiento por calor, la insolación, u otros problemas con calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otro dolor de coyuntura o lesión?	
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Latidos rápido del corazón, salteado, latidos irregulares, o soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Huesos quebrados (fracturas)?	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convulsiones?	Sí	No	Historial adicional:	
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Calambres musculares severos o repetidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Defectos de nacimientos (corregidos o no)?	
Fecha de última vacuna de tétanos: _____				27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fallecimiento de padre o abuelo menor de 40 años debido a causa médica o condición?
Fecha del último examen físico completo: _____				28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padre o abuelo menos de 50 años de edad que necesitó tratamiento para una condición del corazón?
				29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido visto por un médico debido a una emergencia o una urgencia en los últimos 12 meses?
				30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Explique todas las respuesta "Sí" junto con cualquier otro hecho que se debe dejar saber antes del examen (use el dorso de la forma si se ocupa):

AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR: Yo autorizo a un médico o asistente médico debidamente autorizado y supervisado o enfermera o practicante a efectuar una Evaluación Física del Programa de Equitación al estudiante. La información dada arriba es completa y exacta y no conozco ninguna razón por la cual el estudiante no puede participar plena y seguramente en el Programa tal como lo entiendo. Yo entiendo que esto es únicamente una prueba y la ausencia de cualesquier condiciones de salud o preocupaciones alistadas abajo no quiere decir que el estudiante está libre de una actual o potencial condición dañina de salud que pueda causar daño o muerte al estudiante mientras esté participando en el Programa. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener sobre la salud del estudiante o su seguridad será referido a nuestro médico personal o proveedor de cuidado para reposo y evaluación.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE NOMBRE DE PADRE O TUTOR		FIRMA DE PADRE O TUTOR	
DOMICILIO	TELEFONO DEL TRABAJO	TELEFONO DE CASA	FECHA
NOMBRE DEL MEDICO REGULAR	TELEFONO DE OFICINA		

PARTE 2 (DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/ASISTENTE DEL MÉDICO/ENFERMERA PRACTICANTE)

	NORMAL	ANORMAL (Describe)	Fecha de Nacimiento:
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			Altura:
Piel			Peso:
Corazón			Sexo:
Abdomen			Presión Arterial:
Genital/hernia (masculinos)			Recomendación: <input type="checkbox"/> Participación sin limite <input type="checkbox"/> Participación limitada/actividades limitadas/rechazado (vea abajo) <input type="checkbox"/> Autorización detenida pendiente de más pruebas/evaluación <input type="checkbox"/> Ninguna participación Se debe marcar uno alistado arriba.
Músculoesquelético:			
a. Cuello/Espina Dorsal/Hombros/Espalda			
b. Brazos/Manos/Dedos			
c. Caderas/Muslos/Rodillas/Piernas			
d. Pies/Tobillos			
Examen Neurológico (EN)			

Para un participante con Síndrome de Down: Se requiere un examen radiológico completo para establecer la ausencia de inestabilidad Atlanto-axial antes de que él/ella pueda participar en actividades de montar. Evaluación de Rayos- X para inestabilidad Atlanto-axial Fecha: _____ Resultado: + -

Comentarios (use el dorso de esta forma si se necesita):

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL MEDICO (Únicamente M.D., D.O., P.A. o N.P.)	FIRMA DEL MEDICO	FECHA
---	------------------	-------