

Centro Terapéutico de Equitación Riverwood
 6825 Rollingview Drive
 Tobaccoville, NC 27050
 (336) 922-6426

Aplicación del Participante e Historial Medico
 (Para ser completada por el participante, padre o guardián legal)

INFORMACION GENERAL

Participante: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____ # Alternativo _____
 Empleador/Escuela: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Padre/ Guardian Legal: _____
 Dirección (si es diferente de la mencionada anteriormente): _____
 Teléfono: _____
 Como escucho del programa? _____

HISTORIA MEDICA

Diagnóstico _____ Fecha de Inicio _____
 Tipo de Crisis: _____ Controlada: S N Fecha de la ultima convulsión: _____
 Cambios en frecuencia y tipo de convulsión: S N En caso afirmativo, por favor describa: _____
 Estimulador vagal implantado: S N En caso afirmativo, fecha de implante: _____

Por favor indique las necesidades especiales anteriores o actuales en las siguientes areas:

	S	N	Comentarios
Vision			
Audición			
Sensación			
Comunicación			
Corazón			
Respiración			
Digestión			
Eliminación			
Circulación			
Salud Emocional / Mental			
Comportamiento			
Dolor			
Huesos/Articulaciones			
Muscular			
Pensamiento / Cognición			
Alergias			

MEDICAMENTOS (incluya prescripciones, medicina obtenidas por el mostrador, nombre, dosis y que frecuencia) _____

Firma: _____
 Cliente, Padre o Guardián Legal

Fecha: _____

