



Centro Terapéutico de Equitación Riverwood

Formulario de Reevaluación anual del Estudiante

Con el fin de cumplir las normas PATH, debemos actualizar nuestra información sobre el estudiante anualmente. Por favor complete **toda** la información en este formulario e indique todos los cambios en la información de usted/ su hijo que haya podido ocurrir en el último año.

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre del Padre/ Guardián(es) *(para niños menores)*: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Numero de Teléfono Casa: _____ Trabajo/Celular: _____

Numero de Telf. Padre(es)/ Guardián(es) (Por favor indicar padre o madre): _____

Contacto(s) de Emergencia: _____

Numero(s) de Telf. Contacto(s) de Emergencia: _____

Nombre del Medico _____ Núm. de Telf.: _____

Centro Medico Preferido: _____

Compañía Seguro de Salud. _____ # de Póliza _____

¿Ha habido algún cambio médico reciente (en el último año) que pueden afectarlo a usted / capacidad de su hijo de hacer equitación? (Por ejemplo, medicamentos para las convulsiones (incluyendo botox), tratamientos terapéuticos, el estado de la movilidad, etc. .) Por favor explique: _____

¿Usted / su hijo ha tenido algún tipo de cirugía en el ultimo año? Si es así, por favor explique. (Si usted o su hijo han tenido cirugía, por favor llene el formulario de autorización de cirugía): _____

Firma del Padre/Guardián Legal *(para niños menores)* _____ Fecha: _____

Firma del Jinete Adulto _____ Fecha: _____