



CENTRO de ACTIVIDADES ECUESTRES ASISTIDAS

I. Datos generales

N° de Centro		Nombre		Unidad	
Dirección:			Ciudad	Dpto.	
Teléfono		Fax		Email	
N° Personería Jurídica		Organismo		Fecha	
Estructura Legal del Centro (marque la que corresponda)					
A. Organización sin fines de Lucro				SI	NO
B. Organización con fines de Lucro				SI	NO
C. Propietario particular				SI	NO
D. Fundación				SI	NO
E. Otro (especifique)					

II. Condiciones de seguridad

	SI	NO
Fácil acceso al Centro de Salud (marque)		
Seguro contra accidentes		
Teléfono (u otro medio de comunicación) cercano y disponible con información de emergencia adyacente		
Habilitación de Bomberos		
Persona con conocimientos de Primeros Auxilios		
Botiquín de emergencia para personas (debidamente identificado)		
Consentimiento legal firmado para tratamiento médico en caso de emergencia durante las actividades		
Consentimiento expreso de representantes legales de los pacientes		
Para las personas con <i>Síndrome Down</i> : Documento sobre inestabilidad Atlanto axial firmado por un médico (con fecha)		
Casco de equitación para cada persona		
Equipo especial o adaptado (monturas, riendas, etc.) seguro y en buenas condiciones.		
Botiquín de emergencia para los equinos (debidamente identificado)		

III. Condiciones de Infraestructura, instalaciones.

	SI	NO
Estacionamiento para Vehículos con acceso a las instalaciones		
Rampa de acceso para sillas de ruedas		
Baños con instalaciones para discapacitados		
Duchas		
Local de oficina		
Lugar de espera (familiares)		
Otros (especifique):		



Picadero techado y cerrado		Si contesto NO especifique			
Si el Picadero es abierto; ¿esta cercado con material apropiado (ej. Madera)?	SI	NO	Especifique		
Puerta de acceso al Picadero	SI	NO			
Piso de arena		Si contesto NO especifique:			
Medidas (m.)					
Un Box por equino		Si Contesto NO especifique:			
Medidas (m)		Piso:			
Tipo de Cama:		Bebedero		Comedero	
Piquete/s	SI	NO	Manga	SI	NO
Otros (especifique):					
Monturero	SI	NO	Abonero	SI	NO
Forrajero	SI	NO	Veterinaria	SI	NO
Otros (especifique):					

IV. Integrantes del Consejo Directivo/ Socios Fundadores

A	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:		Email	
B	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			
C	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:		Email:	
D	Cargo	Nombre:	
Dirección:			
Teléfono:		Email:	
E	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			
F	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:		Email:	
G	Cargo		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:		Email:	



V. Integrantes del Equipo interdisciplinario.

A	Profesión	Médico Fisiatra	Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			Email
B	Profesión	Fisioterapeuta	Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			
C	Profesión	Equinoterapeuta	Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			Email:
D	Profesión	Psiquiatra/Psicólogo	Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			Email:
E	Profesión	Veterinario	Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			
F	Profesión		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			Email:
G	Profesión		Nombre:
Dirección:			
Teléfono:			Email:
Otros (especifique actividad, datos personales)			

Observaciones:

VI. Integrantes del Centro. Ficha individual.

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Fecha nacimiento:
Padre/madre/tutor legal:	Tel.:
Nombre de las personas a quien contactar en caso de emergencia:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Fecha nacimiento:



Padre/madre/tutor legal:	Tel.:
Nombre de las personas a quien contactar en caso de emergencia:	

VII. Equinos.

7.1 Ficha individual.

1. Nombre:	Edad:	Raza:	
Nº reseña o propietario:			
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?		SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)		SI	NO
Estado General:		Actividad (uso):	
Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:	
Fardo de:		Kg/día	
Otros (indique)			
Observaciones:			

2. Nombre:	Edad:	Raza:	
Nº reseña o propietario:			
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?		SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)		SI	NO
Estado General:		Actividad (uso):	
Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:	
Fardo de:		Kg/día	
Otros (indique)			
Observaciones:			

3. Nombre:	Edad:	Raza:	
Nº reseña o propietario:			
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?		SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)		SI	NO
Estado General:		Actividad (uso):	

Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:
Fardo de:		Kg/día
Otros (indique)		
Observaciones:		
4. Nombre:	Edad:	Raza:
Nº reseña o propietario:		
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?	SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)	SI	NO
Estado General:	Actividad (uso):	
Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:
Fardo de:		Kg/día
Otros (indique)		
Observaciones:		

5. Nombre:	Edad:	Raza:
Nº reseña o propietario:		
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?	SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)	SI	NO
Estado General:	Actividad (uso):	
Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:
Fardo de:		Kg/día
Otros (indique)		
Observaciones:		

6. Nombre:	Edad:	Raza:
Nº reseña o propietario:		
En caso de no ser propietarios, ¿Existe un contrato de arrendamiento o préstamo del animal?	SI	NO
Identificación o certificado de sanidad equina (vigente según MGAP)	SI	NO



Estado General:		Actividad (uso):	
Alimentación : Tipo de Ración		Kg/día:	
Fardo de:		Kg/día	
Otros (indique)			
Observaciones:			

7.2 Datos Generales.

	SI	NO
Los animales que entran al programa, ¿son seleccionados tomando en cuenta las necesidades del Centro, historia médica, tipo y calidad de movimientos necesarios para cada individuo?		
El comportamiento de los animales, ¿es evaluado durante las sesiones en cuanto a su comportamiento con otros animales, con el personal (voluntarios, asistentes, jinete), durante los juegos, ruidos , sillas de ruedas, muletas, etc.?		
El Centro, ¿tiene un programa de acondicionamiento y entrenamiento en práctica?.		
Las horas de trabajo de sesiones máximo por caballo No exceden las 6 horas (con un intervalo de descanso a las tres horas)		
El Centro, ¿tiene como procedimiento de rutina el asegurarse que los equipos y demás artículos utilizados durante las actividades estén en buenas condiciones y que su utilización es segura?		
Observaciones:		

Firma _____

Fecha _____

Ciudad _____ Dpto. _____