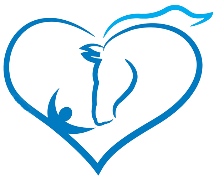
****

**Horses of Hope/Caballos de Esperanza Centro de Equitacion Terapéutica**

**Reconocimiento de Riesgo y Aceptación de Servicios – COVID-19**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre del Participante), estoy consciente de los riesgos de contraer COVID-19 mientras recibo servicios en Horses of Hope/Caballos de Esperanza Centro de Equitación Terapéutica. Estoy consciente que los servicios en persona pueden incrementar el riesgo a contraer y transmitir el Coronavirus y acepto en mantener indemne a Horses of Hope/Caballos de Esperanza Inc, su personal, voluntarios y todos los demás con los cual pueda entrar en contacto durante el tiempo de los servicios.

Estoy de acuerdo en seguir todas las pautas y políticas requeridas por Horses of Hope / Caballos de Esperanza, que incluyen:

* Realizar una auto-evaluación de salud personal antes de venir y cancelar los servicios si estoy exhibiendo síntomas de COVID-19 o he estado en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba o haya presentado alguno de los posibles síntomas de COVID-19 informados por los CDC (como , pero no limitado a, fiebre, tos, dolores musculares).

• Informar al personal de Horses of Hope / Caballos de Esperanza *antes* de venir al centro si alguna persona en mi hogar ha estado viajando fuera de Puerto Rico y ha regresado la semana pasada.

* Cumplir con las políticas de Horses of Hope / Caballos de Esperanza para la protección personal, el distanciamiento social y la desinfección, incluido el uso de cubierta facial/mascarilla a la llegada a los predios y durante las actividades, lavarse las manos, etc.
* Comprendiendo que los miembros de mi familia o cuidadores deberán permanecer en su vehículo o esperarme en el área designada según lo indique el personal.

Horses of Hope / Caballos de Esperanza se dedicará a la limpieza y desinfección regular del equipo de equitación, artículos de aseo personal, cascos y áreas que se tocan con frecuencia entre lecciones, según lo recomendado por los CDC.

Acepto seguir estas políticas y eximir de responsabilidad a todas las personas asociadas con mis servicios en el Centro de Equitación Terapéutica Horses of Hope / Caballos de Esperanza Inc.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del participante / padre / cuidador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_