



Creación de Movilidad e independencia Para Personas con Discapacidad

## Solicitud de Triciclo Terapéutico AmTryke

(Debe ser llenado completamente por el recipiente adulto o por el padre/tutor del menor)

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Si el solicitante es menor de 18 años

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta tratante: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró sobre el triciclo terapéutico AmTryke? (Marque todo lo que corresponda)

Terapeuta  Sitio web  Miembro de AMBUCS  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del lugar de demostración de AmTryke: \_\_\_\_\_ Estado del lugar de demostración: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda financiera para obtener el triciclo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto puedes pagar? \_\_\_\_\_

Nota: Los triciclos terapéuticos AmTryke se distribuyen en base a los fondos disponibles y la necesidad. Las colocaciones individuales de los triciclos terapéuticos AmTryke son a discreción de la sección local.

Díganos acerca del solicitante:

---

---

---

---

---

Incluyendo una foto del solicitante nos ayudará a obtener un patrocinador que le ayude a pagar por el AmTryke más rápidamente. Al incluir una foto, está dando consentimiento para que AMBUCS use la imagen y la información personal para ayudar a obtener un patrocinador.

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

No se considerará a ningún individuo para una colocación hasta que se devuelvan las tres formas a AMBUCS: esta solicitud y la forma de renuncia (al reverso) llenados por el recipiente o tutor, así como la evaluación llenada por el terapeuta.

Por favor, envíe por correo, correo electrónico o fax el formulario completado a su sección local o al centro de recursos AMBUCS  
Resource Center: P.O. Box 5127, High Point, NC 27262 Email: [ambucs@ambucs.org](mailto:ambucs@ambucs.org) Fax: 336.852.6830  
Esta solicitud / forma de renuncia y la forma de evaluación deben ser recibidas por la sección local o el centro de recursos antes de que la colocación sea considerada.

(800) 838-1845  
[ambucs.org](http://ambucs.org)

# Forma de Renuncia para el Triciclo Terapéutico AmTryke

(Debe ser llenada por el recipiente adulto o el padre/tutor)

Los miembros de AMBUCS en todo el país están dedicados a la creación de oportunidades para la movilidad e independencia de las personas con discapacidad proporcionando triciclos terapéuticos AmTryke, ofreciendo becas educativas a estudiantes de terapia y haciendo diversas formas de servicio a la comunidad.

**Propósito:** El triciclo terapéutico AmTryke fue diseñado para las personas con discapacidad. Crea una sensación de libertad, desarrolla autoestima, fortalece los músculos y mejora la coordinación y la amplitud de movimiento — todo ello haciendo un ejercicio divertido.

**Conducción:** Inicialmente, el conductor puede tener dificultad girando o cambiando de dirección. Anímelo a ir hacia delante, hacia atrás y girar lentamente. Hay tres opciones de manejo para el AmTryke. En la columna frontal del triciclo encontrará dos orificios para el perno de dirección. El orificio de arriba es el de la dirección recta, el orificio de abajo permite hacer un giro de 20 grados de radio.

## Precauciones de Seguridad

- Velocidad muy rápida y giros bruscos pueden causar que el triciclo terapéutico AmTryke se vuelque.
- Siempre lleve un casco cuando ande en un Amtryke.
- Se recomienda mucho el uso de equipo protector adicional.
- Se requiere la supervisión de un adulto si el triciclo es usado por conductores muy jóvenes.
- Use precaución cerca de vehículos, piscinas y otros cuerpos de agua, colinas, callejones y entradas con bajada.
- Siempre use zapatos.
- Nunca permita más de un conductor.
- Se recomienda el uso del perno de dirección para evitar posibles sobre manejos o volcaduras.

La información contenida en este servicio no es intencionada ni implícita por National AMBUCS™, Inc. para que sea un consejo médico profesional por National AMBUCS™, Inc. Siempre busque el consejo de su médico, terapeuta u otro proveedor médico calificado antes de empezar cualquier tratamiento o cualquier pregunta que tenga con respecto a una condición médica. Nada del contenido de este servicio está destinado por National AMBUCS™, Inc. para ser diagnóstico médico y tratamiento por National AMBUCS™, Inc. o en nombre de Nacional AMBUCS™, Inc.

En ningún caso nacional AMBUCS™, Inc. será responsable por cualquier honorario directo, indirecto, incidental, consecuente, especial, ejemplar, punitivo, monetario u otros daños, lesiones personales o daños a la propiedad, multas, pagos, costos de abogado, o responsabilidad de cualquier tipo que surja de o se relacione de alguna manera a este servicio o uso del triciclo terapéutico AmTryke®, y/o el contenido o la información proporcionada en este documento.

Al firmar a continuación estoy de acuerdo a ser fotografiado por Nacional AMBUCS™, Inc. También estoy de acuerdo que mi foto y nombre puedan utilizarse en actividades de promoción por Nacional AMBUCS y AmTryke LLC. Además otorgo Nacional AMBUCS™, Inc. la capacidad de utilizar las fotos y el nombre para propósitos de publicidad/anuncios sin compensación adicional, excepto donde esté prohibido por la ley.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor de 18 años

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

No se considerará a ningún individuo para una colocación hasta que se devuelvan las tres formas a AMBUCS: esta solicitud y la forma de renuncia (al reverso) llenados por el recipiente o tutor, así como la evaluación llenada por el terapeuta.

Por favor, envíe por correo, correo electrónico o fax el formulario completado a su sección local o al centro de recursos AMBUCS Resource Center: P.O. Box 5127, High Point, NC 27262 Email: [ambucs@ambucs.org](mailto:ambucs@ambucs.org) Fax: 336.852.6830  
Esta solicitud / forma de renuncia y la forma de evaluación deben ser recibidas por la sección local o el centro de recursos antes de que la colocación sea considerada.

(800) 838-1845  
[ambucs.org](http://ambucs.org)