

ACADEMY OF LYMPHATIC STUDIES FORMULARIO DE SOLICITUD DEL ESTUDIANTE

Por favor complete todas las secciones de este formulario. Bajo los términos y acreditaciones de este curso, no podremos permitir que usted comience este entrenamiento hasta que hayamos recibido su hoja de solicitud firmada y una copia de sus credenciales profesionales.

También se puede matricular online o a través de nuestra segura pagina web www.acols.com or llamar 1-800-863-5935 para mas información.

SECCIÓN UNO - INFORMACIÓN DEL CURSO

Fecha del curso: _____ Lugar: _____

SECCIÓN DOS - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular #: _____ Correo electrónico: _____

Casa #: _____ Ocupación: _____

Trabajo #: _____ Licencia #: _____

Método preferible de contacto: correo electrónico teléfono correo
(Marque todas las que aplican)

Imprima su nombre abajo exactamente como desee que este aparezca en su Certificado y cartas credenciales. Después de la finalización de este programa de certificación, usted será elegible para usar las credenciales CLT. Por favor incluya esto si desea que aparezca en su certificado (ejemplo, John A. Smith, P.T., CLT)

Por favor póngase en contacto con nosotros inmediatamente si alguna de su información de contacto cambia, de modo que nos podamos quedar en el contacto con usted.

SECCIÓN TRES - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SECCIÓN CUATRO - EDUCACIÓN

Requerimos una copia oficial de su licencia profesional, diploma o copias de la escuela.

Seleccione su opción preferida: licencia profesional/diploma/copias están incluidas
 la escuela enviara copias de los registros

Nombre en la licencia/ diploma/copias si es diferente al nombre de arriba: _____

Por favor provea una explicación por la diferencia del nombre: _____

Has atendido a un curso de la ACOLS previamente? Yes No

Por favor provea detalles: _____

SECCIÓN CINCO - CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono primario #: _____ Teléfono secundario #: _____

Por favor provea detalles de una segunda persona en caso de que no nos podamos contactar con la primera.

Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono primario #: _____ Teléfono secundario #: _____

SECCIÓN SEIS - HISTORIA MÉDICA

El drenaje linfático manual y la terapia descongestiva completa son técnicas manuales, suave de tratamiento. Como con cualquier modalidad para el cuidado de la salud, algunas condiciones pueden ser contraindicadas y/o pueden ser agravadas por algunos tipos de tratamientos manuales y terapia de compresión. Para asegurar el bienestar de nuestros estudiantes, es importante que nosotros estemos al tanto de cualquier condición médica o de salud que usted pueda tener.

Usted tiene alguna de las siguientes condiciones? Por favor ponga una marca en todas las que aplican y explique si lo considera necesario:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos/circulación | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Disco herniado |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de la visión o al escuchar | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes o Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Síndrome del tunel carpal | |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta o baja | <input type="checkbox"/> ACV (Cerebro-Vascular Accident) | |

Información adicional: _____

Ha tenido alguna cirugía y si es cierto por favor explique: _____

Ha tenido o tiene alguna lesión? si es así por favor explique (incluya cualquier lesión muscular o articular, o lesiones repetitivas por estrés): _____

Usted tiene alguna enfermedad o condición contagiosa? si es así por favor explique: _____

Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando en estos momentos: _____

Tiene alguna alergia seria y si es así por favor explique: _____

Usted tiene alguna condición física o psicológica por la cual esta recibiendo tratamiento en estos momentos o es considerada crónica, si es así, por favor explique: _____

Usted anticipa alguna complicación basada en el balance de sus compromisos personales y educativos? si es así, cuales pueden ser estas complicaciones y como se podrían remediar? _____

Esta usted embarazada o tratando de quedar embarazada? Yes No

SECCIÓN SIETE - TESTIMONIO, DECLARACIÓN

La terapia de Linfedema es una profesión exigente. El entrenamiento previsto por la Academia de los Estudios Linfáticos (ACOLS) implica dar y recibir tratamiento manual y terapia de compresión todos los días durante el curso; esto puede crear demandas físicas y emocionales. Mientras nuestro plan de estudio le permite a cada uno de los estudiantes adaptarse a una colección variada de técnicas y desarrollar fuerza vital, le pedimos que considere su condición física global antes de comprometerse a este entrenamiento.

Firmando a continuación, compruebo que ha considerado mi salud y mi habilidad para completar este programa en Drenaje Linfático Manual (DLM) y Terapia Descongestiva Completa (TDC) en ACOLS. ACOLS no se hará responsable por cualquier condición preexistente que pueda limitar mi habilidad de realizar DLM y TDC. Tengo por entendido que todos los registros de los estudiantes son estrictamente confidenciales y son mantenidos permanentemente en los archivos de las oficinas de la ACOLS. Los registros de los estudiantes estarán solo disponible al estudiante, al equipo administrativo de la ACOLS, al personal docente, y oficiales del Departamento de Educación.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Firmando a continuación, confirmo que tengo por entendido que durante el curso realizaré y recibiré DLM y TDC de otros y con otros estudiantes para los propósitos de practica. Yo libero a esos estudiantes, a la ACOLS e Instructores de la academia y todo el personal, de cualquier responsabilidad para mi salud. También entiendo que los requisitos físicos de este curso podría desencadenar o inflamar condiciones físicas o fisiológicas pre existentes.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

FIRMANDO A CONTINUACION, ESTOY DE ACUERDO EN QUE YO NO RESPONSABILIZO A ACOLS, LOS INSTRUCTORES, Y DEMAS PERSONAL DE ACOLS POR CUALQUIER CONDICION MÉDICA QUE HAYA O NO SIDO REPORTADA EN ESTE FORMULARIO O CUALQUIER CONDICION QUE SURGA DURANTE O DESPUÉS DEL CURSO. YO HE COMPLETADO ESTA APLICACIÓN SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER Y YO DECLARO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y VERDADERA .

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

SECCION OCHO – TERMINOS DEL CONTRATO (debe ser firmado)

Este acuerdo se realiza entre los Participantes en las clases de certificación en Drenaje Linfático Manual y Terapia Descongestiva Completa ("el Curso") y la Academia de Estudios Linfáticos ("ACOLS"), según lo estipulado en los materiales de información de ACOLS.

Una vez que ACOLS haya recibido el formulario de inscripción y el depósito requerido, los participantes recibirán un paquete de información conteniendo: el manual de curso, el libro del manejo del linfedema, los materiales para el programa de estudio en casa a través del internet ("online"), las fechas y lugares del Curso.

La Información de Inscripción y Pago de Matrícula:

La inscripción total para el Curso es \$3,150.00 (Incluye: manual completo de certificación de curso, libro de texto "Lymphedema Management: The Comprehensive Guide for Practitioners", un CD ROM educativo, el conjunto de tres afiches representando el "sistema linfático", un CD para el cálculo de volumen de las extremidades, un maletín conteniendo los vendajes requeridos para el curso, y costos de los exámenes). Un depósito de \$900.00 es solicitado para registrarse en el curso. El saldo restante de \$2,250.00 deberá ser abonado treinta (30) días antes del primer día de clase. El Participante está de acuerdo y tiene por entendido que \$200.00 de este depósito no será reembolsable una vez que el Participante reciba el manual del curso, el libro de texto del manejo del linfedema y el material que se suministra "online" para el estudio en casa, a menos que el material sea devuelto a ACOLS en perfectas condiciones para ser nuevamente utilizado. Diez días antes del inicio del entrenamiento, la cantidad de \$200.00 de su depósito no será reembolsable.

La Culminación del Programa de estudio en casa a través del Internet ("online")

El Participante se compromete a completar el programa "online" en su totalidad según lo estipulado en la carta de estudio de la página principal del sitio web. El Participante será el único individuo que tendrá acceso exclusivo para completar el programa "online". El material de estudio de este programa está restringido al uso exclusivo del participante. Se prohíbe terminantemente compartir dicho material con otros individuos u organizaciones.

Diploma de certificación:

Después de que el Participante haya completado satisfactoriamente todas las horas requeridas, aprobado todos los exámenes requeridos, y pagado la matrícula en su totalidad, el mismo recibirá un Diploma certificando la culminación del curso.

Requisitos del curso:

Los participantes no pueden perder más de cinco (5) horas de clase en total; se estiman horas adicionales de tarea durante el curso; todos los Participantes deben aprobar ambos exámenes finales, tanto el escrito como el práctico. Todos los Participantes deben estar en clase a tiempo. El Participante está de acuerdo que el propósito de este curso es para el entrenamiento y la certificación para realizar el procedimiento conocido como Drenaje Linfático Manual y Terapia Descongestiva Completa. El Participante bajo ninguna circunstancia estará autorizado a utilizar este material con el propósito de competir para entrenar y/o certificar a otros terapeutas. Aun cuando el Participante tiene libertad de distribuir información acerca del linfedema; el Participante no estará autorizado para entrenar ni certificar a alguna otra persona en las técnicas de Drenaje Linfático Manual y la Terapia Descongestiva Completa a menos que le sea concedido el privilegio de instructor siguiendo el conjunto de normas y directrices de ACOLS.

Política de Expulsión:

El Participante puede ser expulsado del programa si el progreso es insuficiente, si no ha completado el pago de la matrícula o si el participante se ausenta del curso. Una vez expulsado del programa, la readmisión al mismo será a entera discreción de ACOLS.

Política Para Devolución, Transferencia y Cancelación:

El Participante puede transferirse a otro curso sin penalidad, solo una vez, cuando la transferencia sea realizada diez días antes de la iniciación del programa. Si más transferencias son requeridas el Participante necesitara pagar una penalidad de \$50 por cargos administrativos. Si la transferencia es realizada antes, toda la matrícula será transferida al curso nuevo; si la transferencia es hecha en menos de diez días, el Participante tendrá un cargo de \$200.00 por la transferencia a otro curso, de modo que el resto del dinero pasará al curso nuevo.

Si el participante desea cancelar en lugar de la transferencia a otra fecha o lugar, la matrícula será totalmente reembolsable hasta diez días antes de la fecha de inicio de las clases. Si los materiales han sido enviados y recibidos por el Participante, retendremos \$200 del reembolso hasta que estos nos sean devueltos en óptimas condiciones (ejemplo, sin subrayar, ni marcas) como se indica en este contrato anteriormente. Si la cancelación se realiza con menos de 10 días del curso, \$200 no serán reembolsables. La cantidad restante será reembolsada en su totalidad. Una vez comenzado en curso no habrá reembolso.

Emergencias o enfermedades documentadas son las únicas excepciones a nuestra política de transferencia/anulación/reembolso.

Cancelación:

En caso de que una clase sea cancelada por cualquier razón, una nueva sesión será programada y todos los pagos serán transferidos a

Consentimiento para el uso de video y fotografías:

Yo, doy mi permiso a la Academia de Estudios linfático al uso de fotografías y / o material de video tomadas a mí mientras asistía a uno de sus cursos. Entiendo que estas fotografías y / o material de video puede ser usada para fines educativos o promocionales. Además, entiendo que puedo solicitar por escrito, en cualquier momento, el retiro de mi autorización para utilizar mis fotografías y / o videos.

Marque aquí si NO desea que usen sus fotos y/o videos

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SECCION NUEVE - REGISTRACION (POR FAVOR SELECCIONE SU OPCION)

Por favor seleccione la forma de pago que aplica a su registracion:

Selecccion metodo de pago:

- Pago completo - \$3,150 menos cualquier descuento disponible
- Pago de \$900 de deposito con la aplicacion (el balance se vence 30 dias antes de que el curso se inicie)
 - Marque aqui si desea que le carguen el balance a su tarjeta de credito 30 dias antes de que el curso se inicie
- Pagar luego con un cheque u otra tarjeta de credito (Entiendo que el cupo en la clase y/o cualquier descuento disponible seguros hasta que el pago sea recibido)

SECCION DIEZ - INFORMACION DE PAGO

- Pago por orden de compra P.O. #: _____
- Pago con cheque Número del cheque: _____
(Haga cheque a: ACOLS)
- Facturar a mi organización
Numero de : - - -
tarjeta de crédito
- Pago con tarjeta de crédito
(Visa, MasterCard or Discover) Expiración: _____ / _____
Código de seguridad: _____ (los tres últimos números en la línea de tu firma)
Nombre en la tarjeta: _____

SECCIÓN ONCE - DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre de la compañía, si aplica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Gracias por escoger ACOLS como su proveedor preferido para su entrenamiento!

LISTA DE VERIFICACIÓN FINAL

Bajo los términos de nuestra acreditación, no se le permitirá iniciar su entrenamiento hasta que hayamos recibido su formulario de solicitud firmada y una copia de sus credenciales profesionales. Por favor, use la siguiente lista de comprobación para asegurarse de que su solicitud está completa.

- Secciones uno al diez completados en su totalidad
- Firma y fecha en la sección diez en los tres lugares
- Adjunte una copia oficial de su licencia profesional, su diploma y sus transcripciones de la escuela
- Sonría, porque usted acaba de elegir la escuela pionera para su entrenamiento del manejo de linfedema!

Por favor envíe el formulario de solicitud completa a ACOLS por medio de fax o a la siguiente dirección:

Academy of Lymphatic Studies
11632 High Street, Sebastian, Florida 32958
Phone: 800.863.5935 / 772.589.3355 Fax: 772.589.0306
Email: admissions@acols.com