## CAMINE CON GUSTO Formulario de Inscripción



INFORMACIÓN GENERAL						
Nombre:	Apellido:					
Domicilio:		Ciudad:				
Estado:	Código postal:	Número de t	teléfono:			
¿Su médico u otro proveedor de atención médica le sugirió que asistiera a este programa?  □ Sí □ No						
¿Cuántos años tiene?	¿Cuál es su género?	•	uál es su raza? rque todas las que apliquen.			
años de edad	☐ Masculino☐ Femenino					
¿Es de origen Hispano, Latino o Español?	☐ Transgénero ☐ Otro	<ul><li>☐ Indio Americano/Nativo de</li><li>Alaska</li><li>☐ Asiático</li></ul>				
□ Sí	☐ Prefiero no responder	□ Negro o Afro	o Americano			
□ No		☐ Nativo Hawa	aiano u otra isla			
□ No sé		□ Blanco				
¿Cuáles programas en los que usted o su familia participan actualmente (marque todas las que le correspondan)?						
□ SNAP – Oregon Trail Card □ Emergency Food Box □ Comidas de la escuela □ WIC □ Unicolar Description  □ Otra asistencia pública (pero no SNAP) □ La familia no recibe asistencia pública						
¿Es sordo o tiene serias dificultades para escuchar?	¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos?		¿Vive solo?			
' □ Sí □ No	, □ Sí □ No		□ Sí □ No			
¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?		¿Alguna vez ha servido en el ejército?				
☐ Algo de primaria, media o secundaria						
☐ Graduado de secundaria o GED		□Sí				
☐ Algo de universidad o escuela técnica☐ 4 años o más de universidad		□ No				

Durante el último año, ¿proporcionó atención o asistencia			En general, diría que su salud					
regular a un amigo o familiar que tiene un proble	ema de salu	ıd o	es:					
una discapacidad a largo plazo?								
			☐ Excelente	e 🗆	Muy buer	na		
□ Sí □ No			□ Buena		Regular			
			□ Mala					
¿Alguna vez un proveedor de atención médica l	e ha dicho d	que tie	ne alguna d	e las si	guientes			
afecciones crónicas? Marque todas las que aplica	quen.							
☐ Trastorno de ansiedad ☐ Hipertensi			on (presión arterial alta)					
☐ Artritis/Enfermedad reumática	nfermedad reumática □ Enfermeda			d del riñón				
☐ Asma/enfisema/otro problema respiratorio o	orio o □ Obesidad							
pulmonar crónico	☐ Osteo	porosi	s (densidad ósea baja)					
☐ Cáncer o sobreviviente de cáncer	□ Pre-D	□ Pre-Diabetes						
☐ Dolor crónico	□ Esquiz	Esquizofrenia u otro trastorno psicótico						
☐ Depresión	□ Ataqu	Ataque cerebro-vascular (o derrame cerebral)			ebral)			
· · · · · · · · · · · · · · · · ·			le especifica	•		,		
☐ Enfermedad cardíaca	`		•	,				
□ Colesterol alto								
Debido a una condición física, mental o emocior	nal,	¿Con	qué frecuer	ncia se	siente so	lo/a o		
¿usted (Marque todas las que apliquen):			aislado/a de quienes lo/a rodean?					
☐ tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o ☐ Si			empre					
tomar decisiones?			menudo					
☐ tiene serias dificultades para hacer mandados solo, ☐ A			veces					
como visitar el consultorio de un médico o ir de □ R			aramente					
compras?			lunca					
☐ tiene serias dificultades para caminar o subir								
escaleras?	_							
☐ tiene serias dificultades para vestirse o bañar	se?							
	( ) !! !!							
¿Qué tan seguro está de que puede manejar su(s) condición(es) para poder hacer las cosas que								
necesita y quiere hacer? Encierre en un círculo una opción.								
0 1 2 3 4	5 6	6	7 8	}	9	10		
(Totalmente inseguro) (Totalmente se						_		
· ,				•		- ,		

INFORMACIÓN ADICIONAL							
¿Dónde se enteró del programa? Marque todas las que apliquen.							
□ Fui recomendado por mi doctor u otro proveedor médico							
☐ Me enteré a través de amigos	o familiares						
☐ Este es un beneficio ofrecido a través de mi seguro médico (en caso que Sí, por favor mencione el nombre del plan de seguro médico:)							
□ Respondí a un anuncio o invitación de una organización local (en caso que Sí, por favor mencione el nombre de la organización:)							
☐ Me enteré a través de las redes sociales (e.g. Facebook, Twitter, Instagram)							
☐ Otro (por favor describa):							
¿Cuál de los siguientes describe	mejor su cobertura de seg	guro mé	dico?				
			istema de salud para personas				
☐ Medical Advantage Plan (HMO, PPO,		veteranas					
Cuenta de ahorro médico)		□ TR	☐ TRICARE/ TRICARE for Life				
☐ Medicare Advantage Plan (Planes para necesidades		☐ Sistema de salud para personas					
especiales, incluyendo Dual-Eligible SNP) in		indíge	genas				
☐ Medicaid (Oregon Health Plan)		□ No	∃ No tengo seguro				
☐ Seguro médico ofrecido por el empleador o sindicato ☐ Oti			o seguro (por favor describa):				
☐ Beneficio o cobertura para personas veteranas							
¿En cuál condado vive actualmente? ¿Cuál es su código postal?							
	Γ=						
En una semana regular,	En promedio, ¿cuántos		¿Alguna vez ha participado en				
¿cuántos días sale a caminar?	minutos camina?		el programa Camine con gusto				
(1-7 días)	. ,		(Walk With Ease)?				
	minutos		_				
días			□ Sí □ No □ No sé				

## ¡Gracias por tomar el tiempo para completar este formulario!

El Servicio de Extensión de Oregon State University prohíbe la discriminación en todos sus programas, servicios, actividades y materiales por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/paternal, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, información genética, estado de veterano, represalia por actividad anterior de derechos civiles. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas).