

CAMINE CON GUSTO
Formulario de Inscripción



Oregon State University
Extension Service

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:		Apellido:	
Domicilio:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Número de teléfono:	
¿Su médico u otro proveedor de atención médica le sugirió que asistiera a este programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuántos años tiene? _____ años de edad	¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	¿Cuál es su raza? <i>Marque todas las que apliquen.</i> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	
¿Es de origen Hispano, Latino o Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

¿Es sordo o tiene serias dificultades para escuchar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó? <input type="checkbox"/> Algo de primaria, media o secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela técnica <input type="checkbox"/> 4 años o más de universidad		¿Alguna vez ha servido en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<p>Durante el último año, ¿proporcionó atención o asistencia regular a un amigo o familiar que tiene un problema de salud o una discapacidad a largo plazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>En general, diría que su salud es:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p>																						
<p>¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes afecciones crónicas? <i>Marque todas las que apliquen.</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis/Enfermedad reumática</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma/enfisema/otro problema respiratorio o pulmonar crónico</td> <td><input type="checkbox"/> Obesidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Osteoporosis (densidad ósea baja)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor crónico</td> <td><input type="checkbox"/> Pre-Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td><input type="checkbox"/> Esquizofrenia u otro trastorno psicótico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes (Alto nivel de azúcar en la sangre)</td> <td><input type="checkbox"/> Ataque cerebro-vascular (o derrame cerebral)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colesterol alto</td> <td>_____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Artritis/Enfermedad reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Asma/enfisema/otro problema respiratorio o pulmonar crónico	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (densidad ósea baja)	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Pre-Diabetes	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia u otro trastorno psicótico	<input type="checkbox"/> Diabetes (Alto nivel de azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> Ataque cerebro-vascular (o derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar):	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____				
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)																						
<input type="checkbox"/> Artritis/Enfermedad reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón																						
<input type="checkbox"/> Asma/enfisema/otro problema respiratorio o pulmonar crónico	<input type="checkbox"/> Obesidad																						
<input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (densidad ósea baja)																						
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Pre-Diabetes																						
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia u otro trastorno psicótico																						
<input type="checkbox"/> Diabetes (Alto nivel de azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> Ataque cerebro-vascular (o derrame cerebral)																						
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar):																						
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____																						
<p>Debido a una condición física, mental o emocional, ¿usted (<i>Marque todas las que apliquen</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> tiene serias dificultades para hacer mandados solo, como visitar el consultorio de un médico o ir de compras?</p> <p><input type="checkbox"/> tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?</p> <p><input type="checkbox"/> tiene serias dificultades para vestirse o bañarse?</p>	<p>¿Con qué frecuencia se siente solo/a o aislado/a de quienes lo/a rodean?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca</p>																						
<p>¿Qué tan seguro está de que puede manejar su(s) condición(es) para poder hacer las cosas que necesita y quiere hacer? <i>Encierre en un círculo una opción.</i></p> <table border="0"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="8">(Totalmente inseguro)</td> <td colspan="3">(Totalmente seguro)</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(Totalmente inseguro)								(Totalmente seguro)		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
(Totalmente inseguro)								(Totalmente seguro)															

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 seguro médico?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicare (Original) <input type="checkbox"/> Medical Advantage Plan (HMO, PPO, Cuenta de ahorro médico) <input type="checkbox"/> Medicare Advantage Plan (Planes para necesidades especiales, incluyendo Dual-Eligible SNP) <input type="checkbox"/> Medicaid (Oregon Health Plan) <input type="checkbox"/> Seguro médico ofrecido por el empleador o sindicato <input type="checkbox"/> Beneficio o cobertura para personas veteranas | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sistema de salud para personas veteranas <input type="checkbox"/> TRICARE/ TRICARE for Life <input type="checkbox"/> Sistema de salud para personas indígenas <input type="checkbox"/> No tengo seguro <input type="checkbox"/> Otro seguro (por favor describa): _____ |
|--|--|

¿En cuál condado vive actualmente?

¿Cuál es su código postal?

En una semana regular, ¿cuántos días sale a caminar? (1-7 días)

_____ días

En promedio, ¿cuántos minutos camina?

_____ minutos

¿Alguna vez ha participado en el programa Camine con gusto (Walk With Ease)?

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).