

CAMINE CON GUSTO

Formulario de Inscripción

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!