

# Registro & Autorización de Camine con Gusto

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono/Email: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino  Algo más/otro

¿Es usted de origen latino, hispano o español?  Sí  No  Desconocido

¿Cuál es su raza? [Marque todas las que aplican]

Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático o Asiático Americano

Negro o Afro Americano  Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

Blanco o Caucásico  Algo más/otra: \_\_\_\_\_

*La Universidad del Estado de Oregón está comprometida con la diversidad y garantizar la igualdad de oportunidades para quienes deseen beneficiarse de nuestros programas y servicios. Lo invitamos a revelar voluntariamente su sexo, raza y grupo étnico para ayudarnos a monitorear la efectividad de nuestros derechos civiles y los esfuerzos de acción afirmativa. Ni la información provista, ni la decisión de no proporcionarla, se usarán para determinar la elegibilidad para los programas y servicios de Extensión o los beneficios disponibles a través de la participación.*

## INFORMACIÓN DE LA CLASE

Tipo de Clase:  Autodirigida  Grupo - ubicación: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma le gustaría recibir los materiales del programa?  Inglés  Español

¿Ha participado en Camine con Gusto anteriormente?  Sí  No

## INFORMACIÓN DE SALUD

Consulte con su proveedor de servicios médicos antes de comenzar Camine con Gusto. Si usted tiene una condición que pueda requerir acomodación, limitar su participación o causar preocupación en cualquier momento, por favor discuta esto con su líder de Camine con Gusto cuando lo considere apropiado.

En general, diría que su salud es: (Por favor marque solo uno)

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

¿Su médico u otro proveedor de atención médica recomendaron este programa?  Sí  No

Por favor, enumere las condiciones de salud que le gustaría divulgar voluntariamente en este momento:

## PREGUNTAS ADICIONALES REQUERIDAS POR CDC

¿Qué tan seguro/a está usted de sí mismo/a en el manejo de sus síntomas de artritis? (Encierre en un círculo un número)

No muy seguro/a

Muy seguro/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuántos días durante una semana típica hace una(s) caminata / s?

0  1  2  3  4  5  6  7

En promedio, ¿cuántos minutos camina en cada uno de esos días? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el grado más alto o año de escuela que completó?

Primaria, secundaria o preparatoria

Algo de universidad o escuela técnica

Graduada de preparatoria o Diploma de Educación General (GED por sus siglas en inglés)

Universidad 4 años o más

Durante el año pasado, ¿brindó atención o asistencia regular a un amigo o familiar que tiene un problema de salud o discapacidad a largo plazo?  Sí  No

¿Está sordo/a o tiene serias dificultades para escuchar?  Sí  No

¿Está ciego/a o tiene serias dificultades para ver incluso con anteojos?  Sí  No

Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras, vestirse o bañarse, o hacer diligencias solo, como visitar el consultorio de un médico o ir de compras?  Sí  No

¿Vive usted solo/a?  Sí  No

¡Gracias por tomar el tiempo para completar este formulario!