

CAMINE CON GUSTO
Formulario de Inscripción



Oregon State University
Extension Service

REQUERIDO PARA SU PARTICIPACIÓN

Por favor tome un momento para completar este formulario; su respuesta contribuye directamente al financiamiento continua del programa CCG.

Nombre:		Apellido:	
Correo electrónico:		Número de teléfono:	
Código postal:	¿Cuántos años tiene hoy? _____ años	¿Desea recibir recordatorios por mensaje de texto para esta clase? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor? Selecciona una. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	¿Cuál es su raza? Marque todas las que aplican <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático Americano <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Algo más/otro _____	¿Es usted de origen latino, hispano o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Cuál es el grado o año escolar más alto que ha completado? <input type="checkbox"/> Alguna escuela primaria, secundaria o preparatoria <input type="checkbox"/> Graduada(o) de preparatoria o Diploma de Educación General (GED por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela técnica <input type="checkbox"/> Universidad 4 años o más		En general, diría que su salud es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	
¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene, si es que tiene alguna? (Por ejemplo: Sin seguro = Ninguno) _____		¿Su médico u otro proveedor de atención médica le sugirió que asistiera a este programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Has participado en Camine Con Gusto en el pasado?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé	

Dale la vuelta a la página y completa el otro lado.

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).

INFORMACIÓN ADICIONAL-

Su respuesta contribuye directamente a la financiación continua del programa de la CCG.

¿Cuántos días durante una semana hace una caminata? (0-7 días) <p style="text-align: center;">_____ días</p>	En promedio, ¿cuántos minutos camina en cada uno de esos días? <p style="text-align: center;">_____ minutos</p>
---	--

¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía o que se siente solo/a? <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca	¿Con qué frecuencia se siente excluido/a? <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca	¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás? <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
--	---	---

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted una persona con discapacidad(es)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para escuchar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted siego o tiene serias dificultades para ver incluso con anteojos?'
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es capaz de permanecer de pie sin que aumente el dolor durante al menos 10 minutos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna afección crónica que pueda afectar su participación en un programa de caminatas?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Me gustaría solicitar adaptaciones para este taller (no aplicable para programas de autoaprendizaje).

¿Qué tan seguro/a está de controlar su(s) afección(es) para poder hacer las cosas que necesita y desea hacer? (Círculo una opción)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(Totalmente inseguro)					(Totalmente seguro)				

¿Qué tanta confianza tiene en poder realizar actividad física (por ejemplo, caminar) con regularidad, incluso cuando se enfrente a dificultades (como el clima, la falta de tiempo, el dolor o la fatiga)? (Círculo una opción)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(Totalmente inseguro)					(Totalmente seguro)				

¿Qué tanta confianza tiene en su capacidad para caminar al menos 30 minutos al día, de 3 a 5 días a la semana? (Círculo una opción)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(Totalmente inseguro)					(Totalmente seguro)				

¡Gracias por tomar el tiempo para completar este formulario!

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Lea atentamente este documento de reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad. Es un documento legalmente vinculante. Si es menor de 18 años, este formulario debe ser firmado por usted como participante y por su padre, madre o tutor legal. Firme y devuelva este formulario al Programa Walk with Ease, OSU Extension, 125 Ballard Hall, Corvallis, 97331. Correo electrónico: walk@oregonstate.edu

Yo, el abajo firmante, soy consciente de que la participación en la Actividad (en adelante denominada ACTIVIDAD) descrita anteriormente puede incluir actividades que pueden causar lesiones y ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta ACTIVIDAD tiene la siguiente lista no exhaustiva de actividades particulares que conllevan riesgo y peligro y desde la cual pueden ocurrir lesiones corporales, hasta e incluso la muerte: **dolor muscular y / o calambres, esfuerzo.**

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que rodean la ACTIVIDAD, Yo voluntariamente participo en la ACTIVIDAD y asumo las responsabilidades y los riesgos resultantes de mi participación, incluido el riesgo de daños a la propiedad y lesiones a otros y a mí mismo. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y condiciones de participación en la ACTIVIDAD. Tengo el seguro aplicable adecuado necesario para cubrir y pagar cualquier costo médico que pueda resultar directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD, o entiendo que soy el único responsable de cualquier costo médico que pueda resultar directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Mantendré indemne y liberaré de toda responsabilidad al Estado de Oregón, actuando por y a través de la Junta Estatal de Educación Superior, a nombre de Oregon University System y la Universidad Estatal del Estado de Oregón, sus empleados, directores, oficiales y agentes (en lo sucesivo denominada **UNIVERSIDAD**) con respecto a cualquiera y todos los reclamos, lesiones y costos asociados con mi participación en esta ACTIVIDAD. Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción en la que participe asociada con esta ACTIVIDAD o alrededor de esta ACTIVIDAD, sin importar si ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD. Me conduciré de una manera que sea considerada por otros participantes y de acuerdo con las Reglas y Regulaciones de la UNIVERSIDAD (*incluyendo el Código de Conducta Estudiantil, cuando sea aplicable*) y con cualquier ley o reglamento del estado y la ciudad donde se esté llevando a cabo la ACTIVIDAD. Si esta ACTIVIDAD es un evento fuera del campus universitario patrocinado por la UNIVERSIDAD tales como excursiones al campo, conferencias, investigación, aprendizaje experimental, extensión del aprendizaje en el aula, etc., entiendo que la conducta no aceptable en el aula no es aceptable durante esta ACTIVIDAD y será tratado de acuerdo con el Reglamento de Conducta Estudiantil. Además, yo entiendo que si yo viajo a la ACTIVIDAD con un grupo de la UNIVERSIDAD y/o consejero, me regresaré con el grupo al menos que se hayan hecho arreglos previos con el personal de la UNIVERSIDAD quien está supervisando la ACTIVIDAD. Reconozco y acepto que la UNIVERSIDAD pueda grabar mi participación y apariencia en la ACTIVIDAD en cualquier medio grabado (incluyendo, pero no limitado a video, audio, fotos) para usar en cualquier forma (incluyendo, pero no limitado a impresiones, sitios web, blogs, internet). Yo autorizo tal grabación y permito que la UNIVERSIDAD utilice mi nombre, retrato, voz y material biográfico para exhibir o distribuir tales grabaciones en todo o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educacional o promocional. Además, permito que la UNIVERSIDAD utilice el material de blogs asociados con la ACTIVIDAD sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educacional o promocional. Soy consciente de que si proporciono un vehículo que no es propiedad ni está operado por la UNIVERSIDAD para transporte a, en o del sitio de la ACTIVIDAD, o si soy pasajero en un vehículo así, la UNIVERSIDAD no es responsable de ningún daño causado por o derivado de mi uso de dicho transporte. Además, yo reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que tome que esté fuera del alcance de la ACTIVIDAD programada, sin importar si ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD. **En la medida permitida por la ley, y en consideración de que se me permita participar en la ACTIVIDAD, por la presente eximo y libero de toda y cualquier responsabilidad, manteniendo indemne a la UNIVERSIDAD de toda responsabilidad, reclamos, causas de acciones, daños o demandas de cualquier tipo y naturaleza que pueda surgir de mi participación en cualquier actividad relacionada con la ACTIVIDAD, ya sea por negligencia o descuido de la UNIVERSIDAD, o de otra manera. Es mi intención expresa que este Reconocimiento de Riesgos y Exención de Responsabilidad obligue a mi cónyuge, a los miembros de mi familia y mi patrimonio, herederos, administradores, representantes personales y cesionarios. Además, estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad, mantener indemne y defender a la UNIVERSIDAD de cualquier reclamo de las partes antes mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.**

Reconozco y acepto que la UNIVERSIDAD no ofrece garantías, representaciones u otras promesas relacionadas con la ACTIVIDAD, y no asume ninguna responsabilidad por daños o daños a la propiedad que pueda sufrir como resultado de la participación en la ACTIVIDAD. Además, entiendo y acepto que se trata de un acuerdo de liberación de responsabilidad e indemnización, y se pretende que sea **tan amplio e incluyente como lo permita la ley**. Si alguna parte del presente documento se considera inválida, se acuerda que el saldo, a pesar de ello, continuará en plena

¡Gracias por tomar el tiempo para completar este formulario!

vigencia y efecto legal.

INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente certifico que, ya sea con o sin adaptaciones *, no tengo motivos relacionados con la salud o problemas que impidan o restrinjan mi participación en la ACTIVIDAD. Por la presente, doy mi consentimiento y me entiendo como el único responsable del costo de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, si es necesario, la admisión en un hospital acreditado para llevar a cabo dicha atención o tratamiento por las lesiones que pueda sufrir mientras participo en cualquier actividad asociada con la ACTIVIDAD.

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ **Número de teléfono:** _____

*Si tiene alguna discapacidad que requiera adaptaciones, por favor comuníquese con su instructor CCG antes del inicio de esta actividad.

FIRMAS

Al firmar este Reconocimiento de Riesgo y Exención de Responsabilidad, por la presente reconozco y represento: (a) que he leído este documento en su totalidad, lo entiendo y lo firmo voluntariamente; y (b) que este Reconocimiento de Riesgo y Exención de Responsabilidad es el acuerdo completo entre las partes y sus términos son contractuales y no un mero relato expositivo.

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____ :

Obligatorio para todos los participantes menores de 18 años: autorización para la atención médica y consentimiento con el acuerdo de los padres o tutores.

Cetifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD arriba mencionado. En mi nombre y en el de mi cónyuge, pareja o cotutor, o cualquier otra persona que declare que el participante es su dependiente, he leído el acuerdo anteriormente expuesto y que entiendo el contenido de esta Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad, estoy de acuerdo con sus términos y condiciones, y firmo este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en forma voluntaria. Reconozco que mi dependiente y yo estamos de acuerdo con los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y, por la presente, doy mi consentimiento para la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y para que tratamineto medico si se considera necesario. Además acepto liberar de toda responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o causa que dependiente tenga o pueda tener.

Firma del parde, madre o tutor: _____ **Fecha:** _____

¡Gracias por tomar el tiempo para completar este formulario!