

Forma de Registro Individual

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
3. Nombre de Equipo _____ 4. Condado: _____
5. Numero de teléfono _____ Dirección de correo electrónico: _____
6. Edad: _____ 7. Género: Hombre Mujer
8. Etnia (marca uno): Blanco Africano-americano Asiático
 Hispano Indio americano Otro (specify) _____

Deseo participar voluntariamente en la ¡Camine a Través de Tejas! actividad física por el propósito de el salud personal. Entiendo que debo tener aprobación médica de mi profesional de salud Si:

- tenga problemas crónicos de la salud como enfermedad del corazón o diabetes
- tenga dolores en mi área del corazón y/o pecho
- sentir mareado o tengo ratos de mareo severo
- tenga un condición del hueso o coyuntura, como la artritis, que se puede hacer peor por un programa de ejercicio
- ha sido dicho por un doctor que tengo la hipertensión
- tenga cualquiera condición o problemas físicas que puede requiera atención especial en una programa de ejercicio
- soy hombre en edad sobre 45 o mujer en edad sobre 50 y no acostumbrado al ejercicio vigoroso

Acuerdo aceptar la responsabilidad completa de cualquier herida que pueda sostener mientras que participa en este programa.

Firma _____ Fecha _____

9. ¿Actualmente, es usted activo físicamente por lo menos 30 minutos 5 días por semana?

Si No

¿Cuántos minutos al día es usted activo físicamente en este tiempo? _____ minutos

10. ¿Si usted es activo físicamente, que de las actividades siguientes hace usted ahora? (Marca todos que aplica.)

A. No hago actividad física ahora

D. Nade

B. Caminata

E. Paseando en bicicleta

C. Correr

F. Otro (especifique) _____

11. ¿Dónde hace usted estas actividades físicas? (Marca todos que aplica.)

A. Parques

D. Centro comercial local

B. Gimnasio local

E. Pista de la escuela

C. Gimnasio de casa

F. Vecindad

G. Otro (especifique) _____

