

Inscripción al Programa de Estado Físico de Rancho Los Amigos
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: **Fecha:** _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Trabajo/celular: _____ E-mail: _____

Contactar en caso de emergencia a: _____

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

¿ Es usted o ha sido usted paciente de Rancho? Sí _____ No _____ ¿Cuándo? _____ RLANRC #: _____

¿Alguna precaución de salud/limitación? _____

Pasatiempos/Intereses: _____

Actualmente hago ejercicio:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> 0-10 minutos |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> 10-20 minutos |
| <input type="checkbox"/> 4+ veces a la semana | <input type="checkbox"/> 25-35 minutos |

Mis metas de Salud y bienestar son:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aprender más sobre _____ | <input type="checkbox"/> Mejorar la nutrición |
| <input type="checkbox"/> Conocer nuevas personas | <input type="checkbox"/> Disminuir el dolor |
| <input type="checkbox"/> Comer más saludable | <input type="checkbox"/> Bajar la presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Aumentar mi nivel de actividad física | <input type="checkbox"/> Bajar el colesterol |
| <input type="checkbox"/> Divertirme/encontrar nuevos pasatiempos | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Historial de Salud/Datos relevantes de salud (marque todas las que correspondan a usted)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Historial de cáncer o linfedema | <input type="checkbox"/> Problemas para respirar |
| <input type="checkbox"/> Falla cardíaca | <input type="checkbox"/> Hiper o hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja | <input type="checkbox"/> Actualmente usando productos de continencia o medicina |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Actualmente tomando medicina para la presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Actualmente tomando medicina contra la espasticidad |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Actualmente tomando medicinas relacionadas al corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria (Bypass) | | <input type="checkbox"/> Azúcar en la sangre anormal |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador automático implantable | | <input type="checkbox"/> Enfermedad articular o de los huesos |
| <input type="checkbox"/> Historial de ataque cerebral | | |

¿Durante las 2 semanas pasadas ha sentido algo de lo siguiente? (marque todas las que correspondan a usted)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc) | <input type="checkbox"/> Mareo o sensación de desmayo |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Sentir palpitaciones o el corazón acelerado |
| <input type="checkbox"/> Dolor o problemas durante la relación sexual | <input type="checkbox"/> Problemas para respirar |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo en los brazos o piernas | <input type="checkbox"/> Estreñimiento, suelto del estómago o diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Nausea, gases o indigestión |

Entregue el formulario a su instructor o a Barb Phillips Terapeuta Ocupacional para Pacientes Externos , Edi. 900, cuarto 89; o envíelo por fax al: (562) 401-6167

Debe llenarse por un asesor de bienestar de RLANRC:

If interested in participating in classes that entail physical activity please obtain vitals at this time.

HR: _____ BP: _____ Oxygen: _____

Inscripción al Programa de Estado Físico de Rancho Los Amigos

<i>Se ofrecen clases de</i>	<i>Inscrito en</i>	<i>Interesado en</i>
MENTE		
Asociación Americana de Diabetes		
Pregunte al experto en LME (Lesión de Médula Espinal)		
Grupo de Apoyo para Cuidadores		
Series Educativas para Manejar		
Series de Educación sobre Ataques Cerebrales		
Grupo de Apoyo de Lesión de Médula Espinal		
Grupo de apoyo para trastornos vestibulares		
CUERPO		
Baile de Salón Adaptativo		
\$ Deportes de Invierno Adaptativos		
\$ Deportes Acuáticos		
Ejercicio en Movimiento		
Clase de F. A. S. T.		
Pilates		
Tai Chi/Equilibrio		
Introducción a los Deportes en Silla de Ruedas		
Wii Fitness (Estado físico)		
Weight Watchers		
Zumba (Principiante)		
ESPÍRITU		
Aromaterapia/ Imágenes guiadas		
Grupo de manualidades		
¡Hora de jugar!		
Jardinería		
Lo Soy Todo (Autoestima)		
Diario		
Viva su Vida Mejor		
Presentaciones Artísticas de Rancho		
Relajación y Manejo del Estrés		
Grupo de Reciclaje		
\$ Navegar		
\$ Montar a Caballo Terapéutico		
Otras Ideas?		