

Forma de Registro para Siempre ActivoSM

Fecha de registro: _____ Persona que llena forma: _____ Agencia: _____

Tarjeta de Identificación #: _____

[] ¿En qué centro comunitario está registrado? _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ 2do nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Calle que cruza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Información en caso de emergencia:

Nombre de persona: _____

Dirección: _____ Relación a Ud.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Nombre y número de su doctor: _____

Género: [] Masculino [] Femenino [] Transgénero Masculino [] Transgénero Femenino [] Genero Variante/
Genero No Binario [] No especificado, por favor especifique _____ [] Prefiere no responder

Sexo al Nacer: [] Masculino [] Femenino [] Prefiere no responder

Orientación o Identidad Sexual: [] Heterosexual [] Bisexual [] Gay/ Lesbiana/ Amor del mismo género [] En
Duda/ sin determinar [] No especificado, por favor especifique _____ [] Prefiere no responder

Raza: _____ Idioma de preferencia: _____

¿En el idioma ingles es usted?: [] Fluido [] Limitado [] Necesita traducción [] Desconozco

Evaluación de ayuda personal: [] Bajos ingresos (reportados) [] Frágil (req. ayuda, bastón, andadera,)

¿Cómo se enteró de Siempre ActivoSM?: _____

¿Qué tipo de seguro de medico tiene usted? _____



FORMULARIO DE EXENCION DE RESPONSABILIDAD PARA
EL PROGRAMA SIEMPRE ACTIVO DE ON LOK'S
CENTRO DE SERVICIOS PARA MAYORES DE LA CALLE 30

1. **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Yo, _____
(Nombre de participante) admito que he solicitado voluntariamente participar en el Programa para mayores denominado Siempre Activo según las premisas del On Lok's Centro de Servicios para Mayores de La Calle 30, ubicado en el 225 de la Calle 30, San Francisco, California 94131. Este Centro de Mayores ofrece sus servicios diariamente.

2. **ASUNCIÓN DE RIESGO:** Estoy consciente que la participación en el Programa Siempre Activo puede ser una actividad peligrosa debido a mi edad y/o estado físico. Yo estoy participando voluntariamente en estas actividades con conocimiento del peligro implicado. Yo estoy de acuerdo en aceptar cualquier y todos los riesgos de lesión o muerte, y verifico esta afirmación al escribir mis iniciales a continuación. _____

3. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:** En consideración al hecho de que Always Active/Siempre ActivoSM me permite participar en este Programa, estoy de acuerdo en que yo, mis cesionarios, herederos, tutores y representantes legales no harán una demanda en contra de Always Active/Siempre ActivoSM, 30th Street Senior Services, On Lok, San Francisco Senior Center, Inc., USF, y el Centro de Mayores local que ofrece Always Active/Siempre ActivoSM por mi lesión o muerte resultado de negligencia u otros actos, causados por cualquier empleado, agente o contratista de Always Active/Siempre ActivoSM, 30th Street Senior Services, On Lok, San Francisco Senior Center, Inc., USF, y el Centro de Mayores local que ofrece Always Active/Siempre ActivoSM en conexión con mi participación en este Programa. Yo, por esto, eximo Always Active/Siempre ActivoSM, 30th Street Senior Services, On Lok, San Francisco Senior Center, Inc., USF, y el Centro de Mayores local que ofrece Always Active/Siempre ActivoSM de todas las acciones, quejas o demandas que yo, mis cesionarios, herederos, tutores y representantes legales tengan ahora o puedan tener en el futuro por mi lesión o muerte, resultado de mi participación en el Programa Always Active/Siempre ActivoSM.

4. **CONOCIMIENTO Y EJECUCIÓN VOLUNTARIA:** He leído cuidadosamente este formulario y comprendo su contenido completamente. Estoy consciente que esta es una exención de responsabilidad y un contrato entre On Lok, y yo, y lo firmo por mi propia voluntad.

5. He sido aconsejado/a que es recomendable visitar a mi médico antes de iniciar este programa.

LEGALIZADO EN SAN FRANCISCO, CALIFORNIA, EL

Fecha: _____

EXONERADOR _____

(SU FIRMA)

Always Active / Siempre Activo

Cuestionario de Historia Medica/ Medical History Form

Por favor lea todas las preguntas con cuidado y marque una X en cada una. Por favor conteste las preguntas honestamente. Please read the questions carefully and mark an X for each. Please answer the questions honestly.

Si responde sí a las primeras seis preguntas necesitará una forma de autorización de un profesional médico en los próximos 30 días.

	YES	NO
<p>1. ¿Alguna vez le ha dicho su doctor que necesita supervisión médica durante el ejercicio por su condición de salud? Si su respuesta es sí por favor explique: <i>Has your doctor told you that you need supervision during exercise because of your health status?</i></p>		
<p>2. ¿Siente usted dolor, presión, o pesadez en su pecho cuando hace alguna actividad física? Do you feel pain, pressure, heaviness, or tightness in your chest when you do physical activity?</p>		
<p>3. ¿Durante el último mes ha sentido dolor en el pecho aún cuando no hace algún tipo de actividad física? In the past month, have you had chest pain when you were NOT doing physical activity?</p>		
<p>4. ¿Le ha dicho su doctor que su Diabetes no esta bajo control? Si no tiene diabetes deje la pregunta en blanco. Have you been told by your doctor that your diabetes is not under control? If you don't have diabetes leave it blank</p>		
<p>5. ¿Le ha dicho su doctor que su enfermedad crónica del riñon no esta bajo control? Si no tiene enfermedad crónica del riñon deje la pregunta en blanco. Have you been told by your doctor that your chronic Kidney disease is not under control? If you don't have kidney disease leave it blank.</p>		
<p>6. ¿Ha tenido alguna vez insuficiencia cardiaca o sufre de alguna enfermedad del corazón? Si su respuesta es sí, ¿cuándo? Have you ever experienced heart failure or other heart conditions?</p>		
<p>7. ¿Tiene usted algún problema en los huesos o articulaciones que podría empeorar si cambia el nivel de actividad física? Do you have a bone or joint problem that could be made worse by a change in your physical activity?</p>		
<p>8. ¿Actualmente, esta su doctor prescribiéndole medicina para la presión o alguna condición cardiovascular? Is your doctor currently prescribing drugs for your blood pressure or a heart condition?</p>		
<p>9. ¿Alguna vez ha tenido cirugía en la cadera o las rodillas? Have you experienced hip or knee surgery?</p>		
<p>10. ¿Alguna vez ha tenido problemas en la espalda? Have you experienced back problems?</p>		
<p>11. ¿Sabe usted de alguna otra razón por la cual no debería hacer actividades físicas? Si su respuesta es sí por favor explique: <i>Do you know of any other reason you should not do physical activity? If yes, explain:</i></p>		

Always Active / Siempre Activo
Cuestionario de Historia Médica/ Medical History Form

El personal e instructores de Always Active enfatizarán ejercicios básicos y precauciones. Sin embargo, la/el participante necesita conocer sus limitaciones físicas y debe tomar responsabilidad para hacer modificaciones en el ejercicio. Si en algún momento el/la instructor/a considera que la clase no es segura para la/el participante por su fragilidad o incapacidad de seguir instrucciones, el/la instructor/a lo referirá a otro programa o requerirá una autorización médica.

Yo certifico que toda la información en esta forma es correcta basada en mi conocimiento y voy a notificar el/la instructor/a de Always Active si ocurre algún cambio en mi salud que afecte mi actividad física o capacidad de hacer ejercicio.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Programa Siempre Activo (Always Active)
Centro de Mayores de la Calle 30 (30th Street Senior Center)
CESION DE DERECHOS SOBRE FOTOS/VIDEO

Autorizo al programa Siempre Activo para usar mi persona en una fotografía, u otra reproducción digital en cualquier publicación, sitio de internet, sin pago o cualquier otra consideración.

Entiendo y estoy de acuerdo que estas fotografías serán propiedad del Programa de Siempre Activo del Centro de Mayores de la Calle 30, y que no serán devueltos a mi persona. Autorizo al Programa de Siempre Activo del Centro de Mayores de la Calle 30 irrevocablemente a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar, o distribuir la fotografía para los propósitos de publicidad de los programas, o cualquier otro propósito de acuerdo con la ley.

También, cedo el derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, incluyendo copias por escrito, copias electrónicas o productos finales, dónde yo aparezco. Adicionalmente, cedo el derecho de recibir compensación relacionada con el uso de las fotografías. Renuncio de algún cargo contra el Centro, y renuncio a mantener el Centro responsable de algún cargo, demanda, de la cual Yo, mis herederos, representativos, ejecutores, administradores, o cualquier otra persona tomando decisiones de mi parte, o de mi propiedad haga contra el Programa de Siempre Activo del Centro de Mayores de la Calle 30.

Soy mayor de edad, y tengo la competencia para firmar este contrato en mi nombre. He leído esta forma antes de firmarla y tengo un entendimiento completo del contenido, significado, y el impacto de esta forma.

_____ (Fecha) _____ (Firma)

(Nombre en letra de molde)



Patient's Name: _____

Medical Release Form

Dear Doctor:

Your patient has expressed interest in participating in the Always ActiveSM, a program designed to enhance the overall well-being for adults over the age of 60, and promote socialization by providing an array of services that include; exercise classes to increase overall strength, balance, aerobic conditioning, and flexibility. Please assist us in determining whether your patient is appropriate for participating in any of our programs below:

YES NO (Please mark one box in each row with an X) *Classes also offered in Spanish & Chinese

- *Fall Prevention Program:** A 12-week program where participants engage in exercises for lower extremity strength, standing static & dynamic balance, gait enhancement, and sensory/vestibular stimulation.
- Strength & Flexibility:** Classes include moderate intensity exercises using weights, resistance tubing, stretching, and balance exercises. Participants must be able to perform standing exercises for 60 minutes. Chairs are available for participants to use if needed. (No individual assistance- must be able to exercise independently).
- Aerobics (No Direct Supervision):** Use of treadmills, recumbent and/or stationary bicycles. These exercises are likely to induce an increase in heart rate.

Patient's Name

Date

Medical Professional's Name (Please Print)

() _____

Telephone

Address

License Number

Please return this form to your patient or send via fax, or mail to the program below.

Health Promotion – Fax: 415 550-2255; Tel: 415-550-2265
 30th Street Senior Center; 225 30th Street, San Francisco, CA 94131
lvillaneuva@onlok.org; www.alwaysactive.org

For Always ActiveSM Staff Use Only

NEW _____ RENEWAL _____

AASM Member # _____

Registered by: _____

PR Form Expiration: _____

Site Name: _____