

Caminado

**Atraves de
 Arkansas**



Forma de Registracion Individual

1. Nombre _____ 2. Direccion _____

3. Equipo _____ 4. Condado _____

5. Telefono _____ 6. Edad _____

7. Correo Electronico _____ 8. Genero Masculino Femenino (Marca uno)

9. Estado Etnico (Verifica uno)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Caucasico | <input type="checkbox"/> 4. Hispano |
| <input type="checkbox"/> 2. Afro Americano | <input type="checkbox"/> 5. Indio Americano |
| <input type="checkbox"/> 3. Asiatico | <input type="checkbox"/> 6. Otro (Especifica) |

10. Mi equipo esta formado po personas de: (marca uno de los que estan abajo)

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Trabajo | <input type="checkbox"/> 5. EHC Club | <input type="checkbox"/> 9. Otro(Esplica) _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. Iglesia | <input type="checkbox"/> 6. 4-H Club | |
| <input type="checkbox"/> 3. Escuela | <input type="checkbox"/> 7. Vecinos | |
| <input type="checkbox"/> 4. Familia | <input type="checkbox"/> 8. Organizacion de la Com. | |

11. Cual de estas actividades sabe hacer? (Marque la caja que le aplica.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A. No hago nada ahora | <input type="checkbox"/> D. Nadar |
| <input type="checkbox"/> B. Caminar | <input type="checkbox"/> E. Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> C. Correr | <input type="checkbox"/> D. Otro (Esplique) _____ |

12. Si usted esta hacienda alguna actividad fisica ahora marquela abajo

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A. Caminar _____ Dias ala semana | <input type="checkbox"/> D. bicicleta _____ Cuantos dias ala semana |
| <input type="checkbox"/> B. Correr _____ Dias ala semana | <input type="checkbox"/> E. Other _____ Cuantos dias ala semana |
| <input type="checkbox"/> C. Nadar _____ Dias ala semana | |

13. Escriba cuantos minutos de las actividades que estan abajo hace por semana de las que escribio arriba

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A. Caminar _____ Minutos por semana | <input type="checkbox"/> D. Bicecleta _____ Minutos por semana |
| <input type="checkbox"/> B. Correr _____ Minutos por semana | <input type="checkbox"/> E. Otro _____ Minutos por semana |
| <input type="checkbox"/> C. Nadar _____ Minutos por semana | |

Deseo participar voluntariamente en la Caminata y actividad fisica A Través De Arkansas para el propósito de la salud personal. Entiendo que debo tener la aprobacion médica de mi profesional de asistencia médica si yo:

- Tengo problemas de salud cronicos como diabetes o enfermedades cardiacas.
- El doctor me ha dicho que tengo alta presion
- Tengo Dolores en el Corazon o en el area del pecho
- Tengo algun problema o condicion fisica que requiera atencion especial de ejercicio.
- Siento mareos o tengo mareos seguidos muy severos
- Tengo problemas de las coyonturas de los huesos como arthritis, y puedo empeorar si hago un ejercicio o programa vigoroso.
- Soy una mujer de mas de 45 o un hombre de mas de 50

Yo estoy de acuerdo de aceptar responsabilidades de lastimaduras que pueda tener durante mi participacion en el programa.

Firma _____

Fecha _____