



## **Programa Community Wellness de San Francisco General Hospital (SFGH)**

### **INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

**TODA LA INFORMACIÓN RECOPIADA ES CONFIDENCIAL. NO SERÁ COMPARTIDA CON OTRAS PERSONAS**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **MARCAR**  Nuevo participante  Participante de regreso

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (ZIP)** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO (Móvil)** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **GÉNERO**  Masculino  Femenino  Transgénero

**EDAD**  Menor de 18  18-40  41-64  65+

**¿Cómo le gustaría ser contactado(a) para las actualizaciones de Wellness?**  Correo electrónico  Por correo regular  
 Por mensaje de texto

**CONTACTO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_

#### **YO SOY:**

Miembro comunitario/Paciente  empleado(a) de **DPH** trabajando en SFGH  Empleado(a) de **UCSF** trabajando en SFGH  
 Otro \_\_\_\_\_

#### **RAZA/ORIGEN ÉTNICO** (*¡Opcional, pero nos ayuda a ofrecer más clases de cultura gratis!*)

Asiático(a)/Isleño del Pacífico  Afroamericano(a)  Blanco(a)  Latino(a)  Nativo americano  
 Otro \_\_\_\_\_

#### **¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL PROGRAMA COMMUNITY WELLNESS DE SFGH?**

El personal/miembro comunitario  Correo electrónico  Folletos  Proveedor  referencia-E  The Holler (Boletín del hospital)

Evento de Wellness (es decir. Festival de primavera)  Caminando por el centro  Apoyo/Grupo de educación \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

#### **ESTADO DE SALUD**

**TIENE USTED UNA CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL QUE ESPERA QUE MEJORE POR PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE WELLNESS?**  Sí  No

**POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ ES LO QUE LE GUSTARÍA MEJORAR:**

#### **TIENE USTED:**

**¿PRESIÓN ARTERIAL ALTA?**  Sí  No

**¿COLESTEROL ALTO?**  Sí  No

**¿DIABETES?**  Sí  No

**¿ANSIEDAD o DEPRESIÓN?**  Sí  No

#### **PATRONES DE EJERCICIO** (*vamos a trabajar*)

**¿CON QUÉ FRECUENCIA HACE USTED EJERCICIO?**  No hago ejercicio  1-2 veces/semana  3-4 veces/semana  5-7 veces/semana

**¿QUÉ ACTIVIDADES DISFRUTA?**

Meditación     Clase de Aeróbicos     Baile     Yoga/Tai Chi/Estiramiento     Otro \_\_\_\_\_

**RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**

**Este formulario debe ser firmado y fechado ANTES de participar en las clases del programa Community Wellness.**

1. Participación voluntaria

Mi participación en las actividades de movimiento del programa Community Wellness de SFGH es voluntario. Entiendo que estoy bajo ninguna obligación de continuar yendo a las clases y que puedo parar en cualquier momento.

2. Asunción de riesgos

Las actividades de baile y movimiento llevan ciertos riesgos que pueden resultar en lesiones tanto mayores como menores. Yo voluntariamente asumo y acepto todos los riesgos involucrados en las actividades proporcionadas por el programa Community Wellness de SFGH (Hospital General de San Francisco).

3. Acuerdo de Liberación para no presentar una queja o demanda

En consideración a la oportunidad para participar en las actividades de movimiento, estoy renunciando al derecho de presentar una queja o demanda en contra de SFGH (Hospital General de San Francisco) por cualquier lesión o daño que resulte de mi participación en estas actividades.

4. He leído cuidadosamente este acuerdo y entendí completamente su contenido.

***PARTICIPANTE***

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

***PADRE/TUTOR*** (si el participante es menor de 18 años)

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_