

YEAR: 20\_\_\_\_  
 FA\_\_\_\_ SP\_\_\_\_ SU\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES FÍSICAS**

Número de ID del Empleado/Estudiante @ \_\_\_\_\_

Escribe el Nombre Claramente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_

Teléfono: (Movíl) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

Place Color Coded Here

Hacer ejercicio con regularidad es bueno y saludable para la mayoría de las personas, sin embargo es aconsejable que consulten a su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. Si usted está dispuesta a comenzar una vida más active de lo acostumbrado, debe de rellenar este cuestionario y obtener un examen fisico por su médico de familia. Este cuestionario no es un sustituto del examen médico y debe de ser contestado lo más completa y honestamente posible. Si usted piensa que sufre de alguna condición médica que puede ser perjudicial, Norwalk Community College le recomienda que reciba atención médica antes de comenzar un programa de ejercicios. En caso de cambio en su estado de salud, como por ejemplo; cirugía, hospitalización o un nuevo diagnóstico, usted deberá completar un nuevo cuestionario.

**Historia General**

**Sí** **No**

- 1. Hace ejercicio en la actualidad?
- 2. Alguna vez te han diagnosticado:  
 Enfermedad/condicion cardiovascular    
 Enfermedad metabolica    
 (es decir, diabetes)    
 Enfermedad renal
- 3. A que intensidad planeas hacer ejercicio?  
 Luz (muy facil)    
 Moderado (algo duro)    
 Vigoroso (muy duro)
- 4. Ha sido advertido por un médico a que no haga ejercicio?
- 5. Tienes operado o has sido hospitalizado el año pasado?  
*Por Favor Especifica* \_\_\_\_\_
- 6. Alguno de los siguientes se aplica a usted?  
 -Trastorno/Enfermedad del Hígado    
 -Alta Presión Sanguinea    
 -Colesterol Alto    
 -Derrame Cerebral    
 -Actualmente Embarazada    
 -Menstruación Irregulares

***Por favor complete la parte posterior de la pagina.***

**Historia Cardiovascular**

**Sí** **No**

- 1. Mientras **DESCANSANDO** o **CAMINA CASUALMENTE**, se aplica lo siguiente a usted?  
 -Dolor de Pecho (Angina)    
 -Dificultad par Respirar    
 -Dolor en Brazos/Piernas
- 2. Tienes una afección cardíaca conocida?  
*Por Favor Especifica* \_\_\_\_\_

**Historia Pulmonar**

**Sí** **No**

- 1. Alguno de los siguientes se aplica a usted?  
 -Asma    
 -Enfisema    
 -Asma Inducido por el Deporte    
 -Actual Fumador    
 -Apnea del Sueño

**Historia Musculo Esquelética**

**Sí** **No**

- 1. Alguno de los siguientes se aplica a usted?  
 -Artritis    
 -Osteoporosis

**Historia Neurológica**

**Sí** **No**

- 1. Tienes una enfermedad o condición neurológica conocida?  
*Por Favor Especifica* \_\_\_\_\_

**Historia Médica**

**Sí** **No**

- 1. Actualmente estás tomando algún medicamento?  
*Por Favor Especifica* \_\_\_\_\_

## Información en caso de Emergencia

En el caso de una emergencia contacten a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*\*Complete la dirección completa para contacto de emergencia, incluso si coincide con la dirección anterior mencionada*

SOLO si está siendo tratado por un médico en la actualidad por alguna dolencia:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor enumere si tiene alguna alergia:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\*\*\*\*\*Fecha del último Examen Médico\*\*\*\*\* \_\_\_\_\_

*(No es necesario que sea exacta, sino aproximada por lo menos el mes y año)*

-----

# **CENTRO DE SALUD DE LA FUNDACIÓN PITNEY BOWES**

## **REGLAS Y REGULACIONES**

### **REQUISITOS DE REGISTRO Y ENTRADA**

Antes de usar las instalaciones es necesario que las personas obtengan una carnet de identidad con una fotografía, que lean el formulario con las normas y reglas y completen el Cuestionario para Participación en Actividades Físicas (PAR-Q). Cualquier persona que no haya cumplido estos requisitos no le será permitido el uso del Centro de Salud. Si su condición médica ha cambiado de una manera substancial (por ejemplo: una intervención quirúrgica, o un nuevo diagnóstico) usted deberá rellenar un nuevo PAR-Q.

Todas las personas deben de presentar una tarjeta de identidad de NCC con una foto cada vez que quieran utilizar las instalaciones.

Todos los usuarios deben de comportarse de una manera apropiada y como personas maduras. Los menores de edad (17 años o menos) deben de completar una orientación de cómo usar el equipo con uno de los monitores del Centro de NCC antes de que le sea permitido asistir al Centro. Por seguridad general los monitores pueden determinar si alguno de los aparatos está restringido. Un calificado monitor de NCC estará siempre dispuesto ayudarlo en el centro si tiene alguna pregunta sobre el uso de los aparatos o algún ejercicio.

Ropa adecuada para el ejercicio debe ser usada para el ejercicio – zapatos de tenis, sudaderas, camisetas pantalones cortos de gimnasia o de ciclismo. Deben de llevar zapatos y no estar descalzos nunca. (No lleve botas, sandalias, zapatos de vestir, jeans, jeans cortos, pantalones con ribetes de metal o otras prendas inadecuadas).

### **USO DE LOS VESTUARIOS Y DE LOS OBJETOS PERSONALES**

Uso de los casilleros en el vestuario no pueden ser reservados. Usted puede usarlos si hay alguno disponible. Usted debe tener su propio candado si quiere cerrarlo. Hay casilleros pequeños y grandes que puede usar mientras está en el centro. Todos los objetos que queden en los casilleros durante la noche serán sacados y no se responsabiliza de ellos o de los candados.

Las bolsas, chaquetas y objetos personales deben de estar en el vestuario, no se permite tenerlos en el Centro de Salud.

NCC no se responsabiliza por objetos robados o perdidos. Se recomienda no traer objetos personales de valor al Centro de Salud.

### **RIESGOS Y USO DEL EQUIPO**

Todo el equipo debe de ser limpiado cada vez después de usarlo, use el limpiador desinfectante que se provee.

Informe inmediatamente a uno de los monitores del Centro si ve algo roto en el equipo.

Si todo el equipo de cardio está siendo usado al mismo tiempo, limite su tiempo de uso a 20 minutos por cada máquina.

Siempre pare totalmente la máquina antes de bajarse para evitar riesgos.

Si se le cae algo en la máquina de cardio, no intente cogerlo, llame a uno de los monitores para que le ayude.

Todos los que usan pesas en la región de la cabeza, cara y pecho deben de tener una persona observador y los clips de seguridad deben ser usados siempre.

Todos los platos y pesas deben de ser colocados en su lugar después de usarlos. No golpee, deje caer o tire las pesas.

### **ESPERADO COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA**

Sea cortés con todos los monitores, empleados, estudiantes y profesores que usen las instalaciones. El uso de lenguaje profano y música de alto volumen no es aceptable y no será tolerado.

El uso del Centro de salud es para la finalidad de ejercicio, salud y actividades relacionadas solamente. Estas instalaciones incluyendo los vestuarios, no son para socializar o visitar con los amigos.

Bajo ninguna circunstancia individuos que no están capacitados como monitores de NCC Centro de Salud pueden proveer test de ejercicios prescripciones de actividades o consultas de ningún tipo. No se admiten ningún tipo de servicios personales.

No se puede masticar chicles. No se puede traer comida o bebida, except agua o bebidas deportivas.

Ipods, telefono movil, etc. solamente pueden ser usados con auriculares en el Centro y en los vestuarios.

Todos las conversaciones telefonicas deben tener lugar fuera de las instalaciones.

### **ACUERDO DE TERMINOS Y CONDICIONES**

*Habiendo leído todas las normas y reglas precedents para el uso del Centro de Salud de la Fundacion Pitney Bowes en NCC. Entiendo perfectamente lo que se espera de mi como un cliente. Todas mis preguntas sobre estas reglas y normas han sido contestadas claramente para mi satisfaccion. Por lo tanto yo estoy de acuerdo con las normas y reglas del Centro de Salud de la Fundacion Pitney Bowes en NCC. Incumplimiento de estas reglas y normas pueden suspender el privilegio del uso de estas instalaciones por el resto del termino academico.*

NUMERO DE ID DEL EMPLEADO/ESTUDIANTE @ \_\_\_\_\_

Nombre (Por favor imprimir): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_