

# **LEAD-UP**

## **Acceso a la Enseñanza De Un Estilo de Vida Para Diabéticos: Programa Universitario**

### **CONSENTIMIENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD**

Antes de comenzar el programa de bienestar del Departamento de Kinesiología de Texas Woman's University, yo, \_\_\_\_\_, certifico a TWU que he completado el formulario de Consentimiento de Actividad Física y Salud presentado por el personal del programa **LEAD-UP** de TWU, y que he respondido de manera precisa a las preguntas indicadas en el formulario y a las preguntas hechas por el personal de **LEAD-UP**. Entiendo que es importante responder de manera completa y precisa al personal entrevistador; reconozco que TWU depende de mis respuestas para sus decisiones acerca de mi programa de entrenamiento personal, y reconozco que la falta en proporcionar respuestas completas y precisas podría conducir a posibles lesiones a mi persona durante el programa. Entiendo que un formulario de autorización médica puede ser requerido dependiendo de mis respuestas, de acuerdo con las guías del Colegio Americano de Medicina Deportiva.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del Formulario de Salud y Actividad Física y acerca de mi programa de salud supervisado por **LEAD-UP** de TWU, y he recibido respuestas satisfactorias a esas preguntas.

---

He leído este formulario de consentimiento de Actividad Física y Salud y entiendo todos sus términos.

He suministrado información precisa y completa de la mejor manera posible con respecto a mi forma física previa y actual, incluyendo cualquier lesión pre-existente o condición médica especial.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

### Propósito y Explicación de los Procedimientos

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente accedo voluntariamente a participar en el programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU. Inicialmente, estaré involucrado únicamente en el programa de bienestar donde tengo la libertad de participar en las actividades de ejercicios disponibles dentro de las horas permitidas por el programa.

El nivel de ejercicios que yo practico estará basado en mi salud cardiorrespiratoria (corazón y pulmones) y mi salud muscular. Reconozco que es un requisito del programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU que sea examinado por un médico de mi elección y que debo obtener su aprobación para mi participación en este programa. Se me ha entregado el formulario de autorización médica para ser firmado por mi médico a fin de autorizarme a comenzar el programa de caminata supervisada, de acuerdo con las guías del Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM). Más aún, en el período de doce (12) meses previos a este consentimiento, no he sido informado por un médico u otro profesional de la salud sobre ninguna condición médica que me pudiese impedir participar de manera segura en un programa de acondicionamiento físico. Recibiré instrucciones acerca de la cantidad y tipo de ejercicio que debo realizar. Entiendo que se espera que siga las instrucciones de mi médico con respecto a cualquier programa relacionado con ejercicios y bienestar. En caso de que esté tomando alguna medicación prescrita, ya lo he informado al programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU, y me comprometo a informar al personal sobre cualquier cambio realizado por mi persona o por mi médico con respecto a la medicación o en relación con mi situación médica.

He sido informado que durante mi participación en el programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU, podré realizar las actividades físicas disponibles, a menos que aparezcan síntomas como fatiga, falta de aliento, malestar en el área del pecho o síntomas similares. En este punto he sido informado que tengo todo el derecho de disminuir o parar el ejercicio y que es mi obligación informar al personal sobre mis síntomas. Por la presente declaro que esto me ha sido informado y me comprometo a informar al personal sobre mis síntomas, si se presentase alguno.

Entiendo que durante el desempeño del programa de bienestar o alguna otra evaluación en la que acepte participar, el contacto físico y posicionamiento de mi cuerpo por el personal pueden ser necesarios para determinar mi reacción muscular y corporal a ejercicios específicos, así como también para garantizar que esté utilizando la técnica correcta y el cuerpo se encuentre correctamente alineado. Acepto expresamente el contacto físico por las razones arriba indicadas.

### Riesgos

Entiendo y he sido informado que durante el ejercicio existe la posibilidad de cambios adversos que incluyen, pero no están limitados a presión sanguínea anormal, desmayo, mareos, desórdenes del ritmo cardíaco, y menos común, ataque cardíaco, accidente

cerebrovascular o inclusive muerte. Entiendo además y he sido informado que existe el riesgo de lesiones personales, incluyendo pero no limitadas a lesión muscular, lesión a ligamentos, tendones y articulaciones del cuerpo. He sido notificado que se realizarán esfuerzos apropiados para minimizar estas ocurrencias a través de la correcta evaluación de mi condición antes de cada sesión, la supervisión durante el ejercicio por el personal y mi propio control sobre los esfuerzos al ejercitarme.

Entiendo plenamente los riesgos asociados con el ejercicio, incluyendo el riesgo de lesión corporal, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular e inclusive muerte, y conociendo estos riesgos, es mi deseo participar como ha sido aquí indicado

### **Información y Libertad de Consentimiento**

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los procedimientos del programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU y he recibido respuestas satisfactorias a dichas preguntas. Convengo en que TWU no será responsable por ninguna lesión que me ocurra por la participación en el programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU (así sea estando en la casa, en el gimnasio u en cualquier otra instalación, al aire libre, u otro lugar público), y exonero a TWU como entidad, a sus empleados, agentes y/o administradores o cesionarios de cualquier reclamo y demanda que pueda resultar de cualquier lesión u otro daño que pudiese ocurrir en relación con mi participación en el programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU, excepto sólo lesiones causadas por la negligencia grave o mala conducta intencional de esa(s) persona(s). Esta exoneración será vinculante para mis herederos, albaceas, administradores y/o otros cesionarios. He leído este formulario y entiendo todos sus términos. Doy mi consentimiento a la prestación de todos los servicios y procedimientos tal como se explican en el presente por el personal del Programa de Bienestar **LEAD-UP** de TWU.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de **LEAD-UP**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## **INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección local: \_\_\_\_\_

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

NOTA: Como participante de LEAD-UP, usted recibirá mensualmente un boletín informativo y un calendario. Es posible recibirlos vía E-mail o por correo. Por favor indique abajo su preferencia colocando un asterisco (\*) al lado de la información. En cualquiera de los casos, favor indicar ambas informaciones para nuestros archivos.

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono (celular): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Médico tratante (requerido):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

## **PAR-Q CUESTIONARIO**

**Si No**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| — | — | 1. Ha sido usted informado alguna vez por un médico que presenta una enfermedad/condición cardíaca y que sólo debería realizar actividad física recomendada por un médico? |
| — | — | 2. Siente usted dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?  |
| — | — | 3. Durante el mes pasado, ha tenido usted dolor en el pecho cuando no se encuentra realizando alguna actividad física ?  |
| — | — | 4. Pierde usted el equilibrio debido a mareos o ha perdido alguna vez la conciencia?   |
| — | — | 5. Tiene usted algún problema óseo o en alguna articulación que pudiese agravarse con un cambio en la actividad física?  |
| — | — | 6. Actualmente recibe usted alguna medicación para la presión arterial o enfermedad coronaria?   |
| — | — | 7. Sabe usted de alguna razón por la cual no debería realizar actividad física?  |

## **INFORMACIÓN SOBRE HISTORIA DE SALUD**

- 1 Ha sido usted notificado que sufre de alta presión arterial? \_\_\_\_\_  
.  
Si respondió "SI", conoce usted cual es su presión arterial usual? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 2 Ha sido usted notificado que sufre de colesterol elevado? \_\_\_\_\_  
.  
Conoce usted su nivel de colesterol? \_\_\_\_\_
- 3 Utiliza usted algún producto de tabaco (cigarrillo, habano, pipa, etc.)? \_\_\_\_\_  
.  
Si respondió "SI", cuantos paquetes por día? \_\_\_\_\_  
Cuántos dips? \_\_\_\_\_
- 4 Tiene usted historia familiar de enfermedad cardiovascular (enfermedad cardíaca)?  
.  
\_\_\_\_\_
- 5 Ha sido usted alguna vez diagnosticado con algún tipo de enfermedad cardiovascular?  
.  
Si respondió "SI", cual fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_
- 6 Ha sido usted diagnosticado con Diabetes \_\_\_\_\_  
.  
Ha sido usted diagnosticado como Pre-Diabético? \_\_\_\_\_  
Si respondió "SI",  
Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
Cual es su nivel de glucosa sanguínea? \_\_\_\_\_ HgbA1c? \_\_\_\_\_  
Cuándo fue la última vez que chequeó estos valores? \_\_\_\_\_  
Monitorea usted los valores de glucosa diariamente? \_\_\_\_\_  
Qué medicina(s) toma usted en la actualidad para la Diabetes?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7.  
Qué medicina(s) toma usted en la actualidad? (por favor, nombre todas):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8.  
Toma usted en la actualidad alguna vitamina/mineral o suplemento? (nombre todos)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9.  
Cual es su peso actual? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
Cuanto pesaba hace 1 año? \_\_\_\_\_ Hace 5 años? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA

1. Cuales son las razones para unirse al programa de bienestar **LEAD-UP** de TWU?  
 Control/Pérdida de peso                                       Mantenerme en forma  
 Acondicionamiento Cardiovascular                                       Incrementar la fuerza  
 Reducción del Stress                                       Mi medico lo requiere  
 Prevenir diabetes  
 Disminuir la cantidad de medicación para la diabetes  
 Mejorar la salud y estado de bienestar general  
 Otros \_\_\_\_\_
2. Ha participado alguna vez en un programa de educación nutricional para la diabetes o ha recibido usted consulta nutricional?  
Si  No  Cuándo? \_\_\_\_\_
3. Se ha reunido con un Dietista/Nutricionista? Si  No   
Le prescribió alguna dieta? Si  No   
Qué tipo? \_\_\_\_\_
4. Ha estado usted alguna vez en dieta (cualquier tipo)? Si  No   
Qué tipo de dieta(s)? \_\_\_\_\_  
Cuándo? \_\_\_\_\_  
Hubo algún componente de la dieta(s) que le sirvió?  
\_\_\_\_\_
5. Ha cambiado sus hábitos de alimentación en los últimos 6 meses?  
Si  No   
Por favor explique:  
\_\_\_\_\_
6. Cuántas veces come usted fuera de casa cada semana?  
Desayuno \_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_
7. Cuando come fuera de casa, dónde come usualmente?  
Cafetería \_\_\_\_\_ Comida rápida \_\_\_\_\_ Restaurantes \_\_\_\_\_ Carro \_\_\_\_\_  
Máquinas de chucherías \_\_\_\_\_ Mostrador (mesa de trabajo) \_\_\_\_\_  
Casa de Amigos/familia \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_
8. Cómo es la mayoría de sus comidas preparadas?  
Asada \_\_\_\_\_ Frita \_\_\_\_\_ Horneada \_\_\_\_\_ A la parrilla \_\_\_\_\_  
A la plancha \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

9. Toma usted cerveza, vino u otra bebida alcohólica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Qué toma? \_\_\_\_\_  
 Frecuencia? \_\_\_\_\_
10. Se ejercita usted regularmente (3-5 veces a la semana)? \_\_\_\_\_  
 Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_  
 Qué tipo de ejercicios? \_\_\_\_\_
11. Cómo describiría su conocimiento actual sobre la diabetes?  
 Excelente  Bueno  Moderado  Poco  Muy poco
12. Qué hábitos cambiaría usted más fácilmente?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. .Si tuviese que escoger 2 metas principales para usted, cuáles serían?  
 1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cuán seguido planea usted utilizar las instalaciones del programa LEAD-UP para ejercitarse? (marque los días que planea asistir)

|                      | <b>Lunes</b> | <b>Martes</b> | <b>Miércoles</b> | <b>Jueves</b> | <b>Viernes</b> |
|----------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|
| <b>6:30-8:00 AM</b>  |              |               |                  |               | No disponible  |
| <b>11:00-1:00 PM</b> |              |               |                  |               |                |
| <b>5:30-7:30 PM</b>  |              |               |                  |               | No disponible  |

Gracias por completar este cuestionario. Toda la información es confidencial.