



Información de los Participantes en HealthPlex

Estudiantes de JCSU

- Primer año Segundo año
 Tercer año Ultimo año
 Charlotte's Webb
 Estudiantes de maestría

Empleados JCSU

- Personal Docentes
 Personal Administrativo

Kennedy Charter School

- Estudiantes
 Empleados

Programas Médicos

- Referidos Médicos
 Wounded Warrior Project®
 Village HeartBEAT

Información del Participante

Nombre _____	Segundo _____	Nombre Apellidos _____	# de Matricula de JCSU _____
Birthdate _____	Marital Status _____	Phone Number _____	Preferred Email _____
Código Postal _____	Ethnicity <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Aborigen americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mulato <input type="checkbox"/> Otros: _____		

Información para contactar en caso de emergencia

Nombre _____	Número telefónico _____	Parentesco _____
--------------	-------------------------	------------------

Historial de Salud

¿En algún momento su médico le ha dicho que usted tiene problemas cardiacos y que solo puede hacer actividades físicas recomendadas por un médico? Si No

¿Siente usted algún dolor en el pecho cuando hace actividades físicas? Si No

El mes pasado ¿tuvo usted algún dolor en pecho estando en reposo? Si No

¿Pierde usted el balance a causa de mareos o en algún momento ha quedado inconsciente? Si No

¿Tiene un hueso o conjunta de problemas (por ejemplo, la espalda, la rodilla o la cadera) que podría ser agravada por un cambio en su actividad física? Si No

En los momentos actuales, ¿tiene usted alguna prescripción médica para tratar algún problema en su presión arterial o del corazón? Si No

¿Sabe usted de alguna otra razón por la cual usted no debe hacer actividades físicas? Si No

¿Tiene usted Diabetes? ¿Está usted en tiramiento para manejar la diabetes? Si No

¿Tiene usted problema de colesterol? ¿Está usted en tratamiento para manejar su colesterol? Si No

Por favor, provea la lista de los medicamentos que usted esté tomando en estos momentos:



Perfil del Bienestar

1. Su estilo de vida actual:
 - Influye positivamente en su estado de salud
 - Influye negativamente en su estado de salud
 - No influye en su estado de salud
 - No está seguro de que influencia tenga en su estado de salud
2. ¿De todas las acciones que usted podría tomar para prevenir enfermedades y mantener o mejorar su estado de salud, cuantas está usted implementando?
 - Ninguna (0.0%)
 - Algunas (25.0%)
 - La mitad (50.0%)
 - Más de la mitad (75.0%)
 - Todas (100.0%)
3. ¿Cuáles de sus comportamientos usted estaría más inclinado a cambiar a fin de mejorar su salud?
(Seleccione sólo uno)
 - Ejercicios
 - Alimentación
 - Control de Peso
 - Consumo de Alcohol
 - Uso de tabaco
 - Manejo del estrés
4. ¿Ha perdido usted alguna vez el 10.0% de su peso como fruto de ejercicios o de una dieta y luego lo ha recuperado?
 - No
 - Si
5. ¿Ha tenido usted recientemente una pérdida significativa de peso sin que usted sepa la razón?
 - Si
 - No
6. ¿Cómo se siente usted con su peso actual?
 - ¿Le gustaría perder peso?
 - ¿Le gustaría ganar peso?
 - ¿Está satisfecho con su peso actual?
7. ¿Hace usted por lo menos 30 minutos diarios de ejercicios todos los días o 5-6 días a la semana? Los ejercicios deben ser moderados y de alta intensidad como camina, trabajos domésticos, montar bicicleta, subir escaleras, nadar, correr, juegos deportivos.
 - Si
 - No
8. En promedio ¿cuántas veces por semana usted hace aeróbicos durante 20 minutos de forma continua? Por ejemplo caminar rápido, ciclismo, correr, nadar o cualquier deporte intenso.
 - Nunca
 - Menos de una vez por semana
 - 1-2 veces por semana
 - Más de 3 veces por semana



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

9. ¿Cuándo hace aeróbicos, cuánto tiempo emplea por sección?
 - Menos de 20 minutos
 - 20-30 minutos
 - 30-60 minutos
 - Más de 60 minutos
10. ¿Cómo usted describiría el grado de intensidad de sus aeróbicos?
 - No muy intensos
 - Algo intenso
 - De alta intensidad
11. Hace usted calentamiento antes de iniciar sus aeróbicos y al final va bajando la intensidad?
 - Si
 - No
 - No está seguro
12. ¿Hace usted levantamiento de pesas?
 - Si
 - No
13. ¿Con qué frecuencia usted hace estiramiento para aumentar su flexibilidad muscular?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
14. ¿Con qué frecuencia usted hace abdominales u otro tipo de ejercicios tendiente a fortalecer su abdomen?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
15. ¿Cuál es el mayor inconveniente que usted enfrenta para incrementar o mantener su nivel de ejercicio? **(seleccione sólo una)**
 - Falta de tiempo
 - El costo
 - Falta de un lugar o de los equipos adecuado
 - No tener un compañero(a) para ejercitarse juntos
 - Problemas físico
 - Ninguno
16. ¿Con qué frecuencia usted de desayuna?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
17. ¿En promedio, cuantas raciones alimenticias con alto contenido de calcio usted consume por día?
Por ejemplo leche, queso, yogurt, ensaladas verdes
 - Menos de una ración diaria
 - 1-2 raciones por día
 - 3 o más raciones por día



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

18. ¿En promedio, cuantas raciones alimenticias con alto contenido de fibra usted consume por día? Por ejemplo granos integrales, cereales, frutas y vegetales
 - Menos de una ración diaria
 - 1-2 raciones por día
 - 3-4 raciones por día
 - 5 o más raciones por día
19. ¿En promedio, cuantas raciones alimenticias con alto contenido graso usted consume por día? por ejemplo quesos, huevos, carne roja, comidas fritas, postres
 - Menos de una ración diaria
 - 1-2 raciones por día
 - 3-4 raciones por día
 - 5 o más raciones por día
20. ¿Con qué frecuencia usted consume comida con bajo contenido graso o de colesterol?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - Siempre
21. ¿Con qué frecuencia usted agrega sal al cocinar o a su comida en la mesa?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - Siempre
22. ¿Con qué frecuencia usted lee la información sobre el contenido nutricional impreso en el embase de los alimentos?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - Siempre
23. ¿En promedio, cuantos tragos de alcohol usted se toma por semana? Un trago equivale a una botella o lata de cerveza de 12 oz; un vaso de 5 oz de vino; 12 oz de bebida refrescante de vino; un shot de licor.
 - Menos de un trago por semana
 - De 1 a 7 tragos por semana
 - De 8 a 14 tragos por semana
 - Más de 14 tragos por semana
24. ¿En promedio, cuantos tragos usted se toma en un sentado?
 - De 1 a 2 tragos por sentada
 - De 3 a 5 tragos por sentada
 - Más de 5 tragos por sentada
25. ¿En promedio, cuantos días usted toma por semana?
 - Menos de un día por semana
 - De 1 a 2 días por semana
 - De 3 a 5 días por semana
 - De 6 a 7 días por semana
26. ¿Cuántas veces en el último mes usted se montó en un carro donde el conductor estaba bajo la influencia de alcohol u otra droga?
 - Ninguna
 - Una o mas



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

27. ¿Qué porcentaje de las veces que usted se monta en un carro se pone su cinturón de seguridad?
- Nunca-0%
 - Ocasionalmente --1-39%
 - A veces--40-79%
 - Casi siempre-- 80-99%
 - Siempre--100%
28. ¿Cómo usted describiría su estilo de manejo?
- Seguro e intencionado
 - Algo temerario
 - Agresivo
29. ¿Con que frecuencia usted usa bloqueadores solares o ropa de protección cuando se expone al sol?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
 - Todo el tiempo
30. ¿Cuándo usted conduce bicicleta, motocicleta o vehículos similares, con qué frecuencia usted usa casco protector?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
 - Todo el tiempo
 - No uso es tipo de vehículos
31. ¿Tiene su casa detectores de humo que funcionan?
- Si
 - No
 - No estoy seguro
32. ¿Cuándo usted levanta objetos, aunque no sean pesado, usted lo hace de la forma apropiada/
- Si
 - No
 - No estoy seguro
33. ¿Qué nivel de exposición usted tiene a humo de segunda mano?
- Ninguna
 - Poca
 - Mucha
34. ¿Usa usted cigarros, pipas o productos de tabaco que no generan humo tales como tabaco para masticar, para inhalar o en parches?
- Yes
 - No
35. ¿Fuma usted cigarrillos?
- Actualmente fumo
 - Fumaba en el pasado
 - Nunca he fumado
36. ¿Cuál es la razón primaria por la que usted no ha dejado de fumar?
- No puede romper la adicción
 - Demasiado estrés en mi vida
 - Disfruto fumar
 - Temo ganar peso



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

37. ¿Durante el pasado año, qué efecto tuvo en estrés en su salud?
- Ninguno
 - Alguno
 - Mucho
38. ¿Piensa usted que su nivel actual de estrés es lo suficientemente alto para afectar su salud o calidad de vida?
- Si
 - No
 - No estoy seguro
39. ¿Cuán efectivo usted cree que es lidiando con el estrés en su vida?
- No efectivo
 - Poco efectivo
 - Efectivo
 - No está seguro
40. ¿Cree usted que su rutina de dormir fomenta una buena salud?
- Si
 - No
 - No estoy
41. ¿Con qué frecuencia usted se siente tenso, ansioso o frustrado?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
42. ¿En general, cuenta usted con algún apoyo emocional por parte de otras personas para ayudarlo a manejar su estrés?
- Si
 - No
43. ¿Qué tan frecuente sus amigos o familiares les sugieren que debe bajar la intensidad, tomar la vida más lenta o que se relaje más?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
44. ¿Con qué frecuencia usted irrita o se molesta con otras personas?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
45. ¿Con qué frecuencia usted siente que manejar los asuntos cotidianos se convierte en una batalla sin tregua?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
46. ¿En el pasado año, ha sufrido usted de la perdida de algún ser querido o ha enfrentado alguna situación que haya impactado seriamente su vida?
- Si, 1
 - Si, más de 1
 - No



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

Liberación y Renuncia al derecho de demanda civil y Autorización para uso de información personal

En consideración al permiso otorgado a mí por Johnson C. Smith University HealthPlex, para usar sus instalaciones y/o participar en cualquiera de los programas o actividades de la Johnson C. Smith University, Yo estoy de acuerdo con los términos y el contenido del siguiente: Liberación y Renuncia al derecho de demanda civil. Yo, por este medio LIBERO, RENUNCIO, DESCARGO Y ME COMPROMETO A NO JUZGAR a C. Smith University, La Junta de Fideicomiso, Los Oficiales, Empleados, Agentes o voluntarios (En lo adelante llamados de forma colectiva "Las Partes Liberadas") por alguna o toda herida personales, muerte, perdida o daño a la propiedad, o cualquier otro daño sin importar su naturaleza, sean estas supervisadas o no supervisadas ,incluyendo, pero sin limitarse a negligencia, resultante de mi participación en las actividades de Johnson C. Smith University HealthPlex (Incluido pero no limitado a transportación desde o hacia cualquiera de las actividades) Yo por este medio reconozco el riesgo inherente a los programas de salud y bienestar. Yo estoy participando de forma voluntaria con el conocimiento y apreciación de los peligros específicos y voluntariamente estoy de acuerdo en aceptar todos los riesgos de heridas personales, muerte o cualquier otros daños. Yo certifico haber leído los reglamentos y acepto la responsabilidad derivadas del incumplimiento de ellos. Si un miembro del personal de Johnson C. Smith University HealthPlex, me hace un pedimento específico o me instruye en algo, yo me comprometo a obedecerle. Yo estoy de acuerdo en que, en caso de que cualquier reclamo que surja como resultado de una herida personal, muerte o cualquier daño a mi persona, que sea presentado en contra de una de Las Partes Liberadas, Yo debo indemnizar y mantener libre Las Partes Liberadas de todo reclamo, incluyendo los gastos legales en que incurra la Universidad para defenderse de esos reclamos. En el caso de enfermedades o heridas que resulten o se deriven directamente de mi participación o relación con las actividades descritas arriba, Yo por este medio doy mi consentimiento y autorización para:

1. En caso de una emergencia, los primeros auxilios y tratamientos me sean administrado en la escena de los hechos por los empleados de Johnson C. Smith University, o
2. Cualquier tratamiento que fuere necesario me lo administre un medico licenciado o un dentista, y
3. Y ser transferido a cualquier hospital que sea de acceso razonable. Esta autorización dirigida a cubrir cirugías mayores sin que las opiniones medicas de dos galenos licenciados o dentistas coincidan en la necesidad de dicha cirugía y sean obtenidos previo a la misma; y Yo declaro, no tener ningún tipo de alergias, impedimento físico o ninguna discapacidad y que no estoy tomando ningún medicamento que me impida participar en las actividades mencionadas.

Johnson C. Smith University HealthPlex es un centro de investigación de salud aplicada. Usted está leyendo esto porque ha mostrado interés en participar en los programas y/o actividades patrocinadas por JCSU HealthPlex. El objetivo de este formulario es informarle a usted que al participar en los programas y/o actividades patrocinadas por HealthPlex usted está tiene conocimiento de que su información personal podría ser usada en investigaciones que se estén realizando ahora o que se realicen en el futuro; sin embargo, cualquier investigador que desee usar su información debe someter una solicitud JCSU IRB y obtener el consentimiento suyo. La información que usted nos proporcione será mantenida confidencial. Los datos fuentes serán mantenidos en un archivero de seguridad en la oficina de Investigación de Salud y estarán disponible sólo a los investigadores, a menos que usted, por escrito, de permiso para otros usos.

Descripción de información protegida de salud que puede ser usada y/o publicada previo su consentimiento: La información de salud incluye toda la información creada y/o recolectada durante su participación en los programas y/o actividades patrocinada por JCSU HealthPlex. También, la información protegida de salud puede incluir exámenes, procedimientos y encuestas que formen parte de la investigación.



Johnson C. Smith University
Become yourself. Change our world.

La investigación usa su información protegida de salud bajo su consentimiento:

Durante la realización de la investigación, los investigadores podrían usar y/o compartir su información de salud unos con otros, con otros investigadores-colaboradores envueltos en el estudio, agencias de seguridad ciudadana y de otras ramas cuando sea requerido por la ley.

Protección de su información de salud: Johnson C. Smith University HealthPlex y sus colaboradores se comprometen a proteger su información de salud y la compartiría solo bajo los términos descrito en esta autorización. Por favor note que la información individual de salud que sea identificable y haya sido hecha pública por medio de una autorización podría ya no estar amparada bajo las leyes y reglamentos federales y podría ser hecha pública por el recipiente.

Remoción de su información identificable (Desidentificación):

Si toda la información que lo identifica a usted es removida de su información de salud, la información restante ya no será sujeto de las limitaciones de esta autorización ni de las leyes de privacidad HIPPA. Por lo tanto, la información des-identificada podría ser usada y/o publicada por los investigadores (acorde con la ley) para otros fines, tales como otros proyectos investigación.

Retiro o Remoción:

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento y cancelar esta autorización. Para revocar su autorización usted debe escribir a las oficinas de JCSU HealthPlex _usted le puede pedir a un miembro de JCSU HealthPlex un formulario de revocación de la autorización. Su solicitud sería valida tan pronto sea recibida por JCSU HealthPlex. Si usted revoca esta autorización, su participación en algunos de los programas y/o actividades patrocinadas por JCSU HealthPlex serían limitados. Eso no afectaría sus derechos para usar el Salón de Pesas del Irwin Belk Complex. Aun después de esta autorización ser revocada, los investigadores aun podrían usar o publicar la información de salud que ya habían recolectado, a fin de mantener la integridad de la investigación.

Información de Contacto para obtener información sobre sus derechos bajo HIPPA:

El HealthPlex cumple con todos los requerimientos y regulaciones de privacidad de el Health Insurance Portability and Accountability Act y con todas las otras leyes que protegen su privacidad. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre su derecho a la privacidad bajo el HIPPA, por favor, contacte a Víctor Romano, Director de Center of Minorita Health & Familia Welles, al (704) 330-1371 o vía email a vromano@jcsu.edu.

Derecho a negarse a firmar esta autorización: Usted no está obligado a firmar esta autorización. Sin embargo, como su información de salud es requerida para participar en la investigación, si usted elige no firmar la autorización, eso podría afectar su participación en algunos programas y/o actividades patrocinada por JCSU HealthPlex.

Yo he leído cuidadosamente los documentos de liberación y renuncia de demanda, participación en la investigación y de autorización a tratamiento en caso de emergencia médica y comprendo de forma integral sus contenidos. Yo estoy consciente de que la liberación y renuncia de demanda es liberación de responsabilidades (incluido pero no limitado a responsabilidad por negligencia) y un acuerdo de indemnización y yo lo estoy firmando de manera voluntaria. Mi participación en cualquier actividad o programa en estos edificios o que sea patrocinada por Johnson C. Smith University es voluntaria. Todos los participantes entienden y están de acuerdo que el uso de HealthPlex y/o la participación en cualquier actividad patrocinada por Johnson C. Smith University es a su propio riesgo y que Johnson C. Smith University no es responsable por ningún incidente, herida o pérdida de propiedades que pueda ocurrir.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____