Walk Organiser registration form (Spanish)

Organizador de Caminatas Formulario de Registración

Please complete this form and the attached doctor's letter (if applicable) and return to Heart Foundation Walking, Reply Paid GPO Box 9922 in your capital city. If you have any questions, please contact your Area Coordinator. To find your nearest Area Coordinator, visit www.heartfoundation.org.au/walking or telephone 1300 36 27 87.

Por favor complete este formulario y la carta adjunta para su médico (si se necesita) y retórnelos a Heart Foundation Walking, Reply Paid GPO Box 9922 en la capital de su Estado (Caminatas de la Fundación del Corazón; Reply Paid significa que Ud. no necesita poner estampilla postal sino escribir el número de la casilla postal como está indicado arriba). Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a su Coordinador de Área. Para encontrar su Coordinador de Área más cercano visite: www.heartfoundation.org.au/walking o llame al 1300 36 27 87.

Your details

Ficha de Identificación

Suburb/Town
Suburbio/ Lugar

Group Name
Nombre del grupo

Area Coordinator name
Coordinador del área

First name
Nombre

Last Name
Apellido

Address
Domicilio

Postcode
Código Postal

Date of birth
Fecha de Nacimiento

Email
Correo electrónico

Telephone Teléfono

Home Casa

Work Trabajo

Mobile Celular

Fax Fax

Preferred contact Contacto

Home Telephone Teléfono de casa ☐

Work Telephone Teléfono del trabajo ☐

Mobile Celular ☐

Email e-mail ☐

Gender	Sexo				
Male	Masculino	☐	Female	Femenino	☐
Occupation	Ocupación				
Employed	Empleado/a	☐	Self employed	Auto empleado/a	☐
Unemployed	Desempleado/a	☐	Retired	Jubilado/a	☐
Semi-retired	Semi-jubilado/a	☐	Home Duties	Hogar	☐
Student	Estudiante	☐	Other	Otro	☐

How did you hear about Heart Foundation Walking?

¿Cómo supo usted acerca del Programa Caminatas de la Fundación del Corazón?

Health professional	Profesional de la salud	☐	Internet	Internet	☐
Newsletter	Boletín	☐	Flyer	Volante	☐
Radio	Radio	☐	TV	Televisión	☐
Word of mouth	Comunicación oral	☐	Other	Otro	☐

What is your first language? (Optional)

¿Cuál es su primer idioma?

Are you of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (Optional)

¿Es Ud. de origen Aborigen o de Torres Strait?

No	No	☐			
Yes, Aboriginal	Sí	☐	Yes, Torres Strait Islander	Sí, de Torres Strait	☐

I would like to receive a copy of Heart Foundation Walking Newsletter. Note: Newsletters are only available in English.

Me gustaría recibir una copia del Boletín de Caminatas de la Fundación del Corazón. Nota: los boletines son sólo en inglés

Yes	Sí	☐	No	No	☐

Please indicate whether you would prefer to receive an email or paper version.

Por favor indique si Ud. preferiría recibirlo por e-mail o en papel

Email	E-mail	☐	Paper	Papel	☐

I would like to participate in the Walker's recognition scheme (e.g. certificates / vouchers on achieving walking milestones)?

Me gustaría participar en el programa de Agradecimiento al Caminante (ej. certificados/bonos por los logros obtenidos)

Yes	Sí	☐	No	No	☐

Will you be walking with your pet dog?

¿Va a caminar con su perro?

Yes	Sí	☐	No	No	☐

Walk details

Detalles de las caminatas

Meeting Point

Punto de encuentro

Address

Dirección

Type of walk

Tipo de caminata

Health and fitness walk: brisk walks (around 5km) may include some hills

☐ Salud y aptitud física: caminatas rápidas (alrededor de 5Km) puede incluir algunas subidas o cuestas

Parents with prams: leisure walks on flat ground

☐ Padres con coches de bebés: caminatas de placer sobre piso plano

Leisure walks: slower, less strenuous walks

☐ Caminatas de placer: más lentas, menos fatigantes

Shopping centre walk: out of hours walks inside air-conditioned shopping centres

☐ Caminatas en los centros comerciales: fuera de hora en centros comerciales con aire acondicionado

Closed group: walks that are not promoted to the public (e.g. workplace group)

☐ Grupos exclusivos: caminatas no para el público (ej. grupos del trabajo)

Other speciality (please specify)

☐ Otras (por favor especifique)

Walk speed

Velocidad de la caminata

Slow Lenta ☐ Slow-Medium Medianamente lenta ☐ Medium Moderada ☐

Medium-Fast Moderadamente rápida ☐ Fast Rápida ☐

Length of walk *(e.g. 1h or 5km)*

Tiempo de la caminata (ej. 1 hora ó 5 Km)

Walk start time *(e.g. 7.30am)*

Tiempo de comienzo de la caminata (ej. 7.30am)

Walk days *(e.g. Mon & Wed)*

Días de las caminatas (ej. lunes y miércoles)

As a token of appreciation for your efforts as a Walk Organiser, we are delighted to offer you some free Heart Foundation Walking merchandise. Please tick the items you would like to receive.

Como una muestra de nuestro agradecimiento por ser Organizador de Caminatas, tenemos el gusto de ofrecerle gratuitamente, alguna mercancía de la Fundación del Corazón. Por favor marque los productos que le gustaría recibir.

Polo Shirt **Polo camisa**

Size Talla ☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ 2XL ☐ 3XL ☐ 4XL

Colour Color ☐ blanco white ☐ rojo red ☐ gris grey

Bucket hat **Sombrero** ☐ S/M (56/57cm) ☐ L/XL (59/60cm)

Please complete the Walk Safety Audit in your Walk Organiser handbook to ensure that your walk route is safe and appropriate.

Please report any relevant public health hazards to your local council.

Por favor complete el formulario de Auditoría de Seguridad del Caminante, incluído en su manual de Organizador de Caminatas para asegurarse de que su ruta es segura y apropiada.
Por favor informe cualquier peligro de salud pública a su municipalidad local.

Medical details

If you plan on increasing your physical activity, answer the questions below to find out if you should consult your doctor before you start. Please read the questions carefully and respond to each one by selecting Yes or No.

Ficha Médica

Si Ud. planea aumentar su actividad física, conteste las siguientes preguntas para saber si Ud. necesita consultar a su médico antes de que comience. Por favor lea las preguntas cuidadosamente y responda a cada una seleccionando Sí o No.

Has your doctor ever said that you have a heart condition and that you should only do physical activity recommended by a doctor?

¿Alguna vez, su médico le ha dicho a Ud. que sufre de una enfermedad al corazón, y que sólo puede hacer actividad física recomendada por su doctor?

Yes Sí ☐ No No ☐

Do you feel pain in your chest when you do physical activity?

¿Ud. siente dolor en el pecho cuando practica actividad física?

Yes Sí ☐ No No ☐

In the past month, have you had chest pain when you were not doing physical activity?

¿Durante el mes pasado, ha sentido dolor al pecho sin hacer actividad física?

Yes Sí ☐ No No ☐

Do you lose your balance due to dizziness or do you ever lose consciousness?

¿A Ud. le dan mareos que le hacen perder su balance o conciencia?

Yes Sí ☐ No No ☐

Do you have a bone or joint problem that could be made worse by a change in your physical activity?

¿Tiene Ud. un problema de huesos o de articulaciones que podrían empeorarse con la actividad física?

Yes Sí ☐ No No ☐

Is your doctor currently prescribing drugs for your blood pressure or heart?

¿Su doctor le ha prescrito remedios para su presión arterial o para el corazón?

Yes Sí ☐ No No ☐

Do you know of any other reason why you should not do physical activity?

¿Sabe Ud. de alguna otra razón por la cual no debería hacer actividad física?

Yes Sí ☐ No No ☐

Are you a male and over the age of 35, and NOT accustomed to regular exercise?

¿Es Ud. hombre y mayor de 35 años, y no está acostumbrado a hacer ejercicio regularmente?

Yes Sí ☐ No No ☐

Are you are female and over the age of 45, and NOT accustomed to regular exercise?

¿Es Ud. mujer y mayor de 45 años, y no acostumbrada a hacer ejercicio regularmente?

Yes Sí ☐ No No ☐

If you answered YES to any of the above medical questions, consult your doctor BEFORE you increase your physical activity. Please discuss this form with your doctor and show them the attached letter. The Heart Foundation requests that you return the signed doctor's letter along with your registration form to the Heart Foundation.

Si Ud. contestó SÍ a alguna de las preguntas médicas mencionadas arriba, consulte a su doctor ANTES de aumentar su actividad física. Por favor, discuta este formulario con su doctor y muéstrele la carta adjunta. La Fundación del Corazón necesita que Ud. le retorne la carta firmada por su médico junto con su formulario de registración.

If you answered NO to all of the above questions, you can be reasonably sure that there will be no issues with increasing your level of physical activity. Start slowly and build up gradually. Common sense is your best guide.

Si Ud contestó NO a todas las preguntas anteriores, Ud. puede estar casi seguro de que no habrá problema en aumentar su actividad física. Comience lentamente, y gradualmente aumente el ejercicio. El sentido común es el mejor guía.

You should delay an increase in physical activity if you are suffering from a cold, a fever or other temporary illness until you feel better.

Ud. debe de retrasar el aumento de actividad física si está padeciendo de un resfrío, fiebre u otra enfermedad temporal, hasta que se sienta mejor.

Note: if your health or circumstances change, you will need to see your doctor to check that it is still safe for you to participate in Heart Foundation Walking.

Nota: si su salud o circunstancias cambian, Ud. deberá de ver a su doctor, para chequear si aún está bien que participe en Caminatas de la Fundación del Corazón.

Terms and conditions

1. I agree to participate in Heart Foundation Walking and volunteer to act as a Walk Organiser for the Heart Foundation in accordance with the directions of the Heart Foundation.
2. I understand the program involves a range of walks, from very gentle to quite vigorous.
3. I have read and understand the Walkers Booklet and Walk Organiser Handbook.
4. I agree to comply with the Walk Organiser Handbook and will not undertake any activity, other than outlined in the Walk Organiser Handbook, including activities which involve or implies involvement with the Heart Foundation or its Funding Partners, except with prior written authority from the Heart Foundation.
5. If I am aware of any medical condition, which may be affected by the physical activity of this program, or have answered yes to any of the medical questions in the Medical Details section, then I agree to provide the Heart Foundation with doctor approval to participate in Heart Foundation Walking.
6. The Heart Foundation acknowledges and accepts its responsibilities to provide the resources and services necessary to support volunteer Heart Foundation Walking Walk Organisers.
7. I acknowledge that walkers are permitted to bring their dogs to walks and will ensure that at all times the Heart Foundation Walking With Dogs Policy is being followed and will address any issues regarding unacceptable animal behaviour immediately.
8. I acknowledge that if I am walking with my dog, I am solely responsible for my animal and for any injury or damage my animal might cause to any person or property.
9. I agree to comply with the Heart Foundation Privacy Policy and will not disclose or use personal information for any purpose other than for which it was collected.
10. I agree to immediately cease to act as a Walk Organiser on receipt of written notice from the Heart Foundation.
11. I agree to comply with these terms and conditions as may be amended by the Heart Foundation from time to time and acknowledge that the Heart Foundation will display up to date terms and conditions at www.heartfoundation.org.au.
12. I declare that to the best of my belief, the information that I have supplied on this registration form is true and correct.

Términos y Condiciones Jurídicos

1. Yo, acepto participar en el programa Caminando con la Fundación del Corazón, y ser Organizador Voluntario de Caminatas de la Fundación del Corazón en acuerdo a los lineamientos de la Fundación del Corazón (Heart Foundation).
2. Yo comprendo que el programa incluye una variedad de caminatas, desde muy leves a muy forzadas.
3. Yo he leído y comprendido el libreto de los caminantes, y el manual del Organizador de Caminatas
4. Acepto seguir el Manual del Organizador de Caminatas y no seguir ninguna otra actividad que no estuviese incluída en el Manual, inclusive algunas actividades de la Fundación del Corazón o de sus Patrocinadores, excepto con el previo permiso escrito de la Fundación del Corazón.
5. Si sé de alguna enfermedad que pudiese ser empeorada por la actividad física de este programa, o he contestado SÍ a alguna de las preguntas médicas en la sección de la Ficha Médica, acepto presentar a la Fundación del Corazón, un certificado médico que apruebe mi participación en las Caminatas de la Fundación del Corazón.
6. La Fundación del Corazón reconoce y acepta su responsabilidad de proveer los recursos y servicios necesarios para apoyar el voluntariado de los organizadores del programa de Caminatas de la Fundación del Corazón.
7. Reconozco que los caminantes pueden traer sus perros a las caminatas, y me aseguraré de que en todo momento, las Normas de Caminando con Perros de la Fundación del Corazón sean respetadas, y atenderé cualquier problema relacionado con mala conducta de los animales.
8. Reconozco que si estoy caminando con mi perro, soy totalmente responsable de mi animal y por cualquier lesión o daño que el animal pueda causar a una persona o propiedad.
9. Acepto cumplir con las Normas de Confidencialidad de la Fundación del Corazón y no publicaré o usaré información personal, para otros fines que no fueran para los que originalmente fueron recolectados.
10. Acepto cesar inmediatamente como Organizador de Caminatas ante el pedido escrito de la Fundación del Corazón.
11. Acepto cumplir con estos Términos y Condiciones tanto como puedan ser modificados por la Fundación del Corazón, de tiempo en tiempo, y reconozco que la Fundación del Corazón publicará los términos y condiciones modificados a través de www.heartfoundation.org.au
12. Declaro, que en lo mejor de mi conocimiento, la información que he declarado en este formulario es verdadera y correcta.

Signature

Firma

Date

Fecha

_____/_____/_____

Heart Foundation Walking

Caminatas de la Fundación del Corazón

Date

Fecha

_____/_____/_____

The Heart Foundation gratefully acknowledges the support and funding for Heart Foundation Walking from the Australian Government Department of Health and Ageing. Heart Foundation Walking is also funded by the Queensland Government to get more Queenslanders active.

La Fundación del Corazón expresa su gratitud al apoyo y patrocinamiento del Departamento de Salud y Edad del Gobierno Australiano al programa Caminatas de la Fundación del Corazón. Caminatas de la Fundación del Corazón también es patrocinado por el Gobierno Estatal de Queensland para conseguir más gente activa en Queensland.

Heart Foundation Privacy Policy

The Heart Foundation respects your privacy and has embraced the National Privacy Principles. We will only use the information provided for the purpose of administering our programs. If you have any questions about privacy, please telephone 1300 55 02 82 and ask for the Privacy Officer.

Normas de Confidencialidad de la Fundación del Corazón

La Fundación del Corazón respeta su confidencialidad y ha adoptado los Principios Nacionales de Confidencialidad. Usaremos la información recibida con el fin de administrar nuestros programas. Si Ud. desea hacer alguna pregunta acerca de la confidencialidad, por favor llame por teléfono al: 1300 55 02 82 y pregunte por el Encargado de Confidencialidad.

Dear Doctor

Your patient is presenting this letter because s/he is interested in participating in Heart Foundation Walking, a community based walking program developed by the Heart Foundation. Patients are advised to seek medical clearance from their doctor prior to participating in the program if they answer yes to one or more of the health screening questions on the walker registration form.

Heart Foundation Walking is facilitated by local volunteers who organise the location and times of regular group walks and attend each session. These people, referred to as Walk Organisers, do not have specific knowledge or training in relation to heart health matters. Walk Organisers simply facilitate people getting together to walk on a regular basis.

The intensity of the walks varies from very low to quite vigorous, depending on the location and the fitness level of the participants. Please discuss any relevant conditions(s) with your patient, determine his or her suitability to participate in Heart Foundation Walking, and tick the corresponding box below. Please keep a copy of this document with your client's medical records and give this form to your client to return to the Heart Foundation along with his or her registration form. If you have any questions please call 1300 36 27 87.

Yours sincerely

Dr Lyn Roberts
Chief Executive Officer - National

Estimado Doctor,

Su paciente está entregándole esta carta porque está interesado/a en participar en el Programa Caminatas de la Fundación del Corazón, el cual es un programa de caminatas desarrollado por la Fundación del Corazón. Los pacientes son recomendados a ser evaluados por su médico antes de participar en el programa, si es que ellos han respondido SÍ a una o más preguntas de la sección de despistaje de salud incluída en el formulario de registración.

Caminatas de la Fundación del Corazón es facilitada por voluntarios locales quienes organizan los lugares y las fechas para caminatas a las cuales atienden regularmente. Estas personas son conocidas como Organizadores de Caminatas, no tienen conocimiento específico o entrenamiento en relación a la salud del corazón. Los Organizadores de Caminatas simplemente facilitan los agrupamientos de personas para caminar regularmente.

La intensidad de las caminatas varía desde muy lentas a muy vigorosas, dependiendo de la localidad y del nivel físico de los participantes. Por favor discuta cualquier condición pertinente de salud con su paciente, determine su capacidad para participar en Caminatas de la Fundación del Corazón, y marque el recuadro correspondiente en la sección de abajo. Por favor coloque una copia de este documento en la historia clínica del paciente, y entréguele el formulario a su paciente para que lo retorne a la Fundación del Corazón junto con su formulario de registración. Si Ud. tiene alguna pregunta, por favor llame al: 1300 36 27 87.

Respetuosamente

Dr Lyn Roberts
Director Ejecutivo - Nacional

Please print your responses clearly in the space provided.

Por favor imprima sus repuestas claramente en el espacio provisto.

Name of patient

Nombre del paciente

Yes, person is suitable to participate in Heart Foundation Walking.

☐ Sí, esta persona puede participar en Caminando con la Fundación del Corazón

No, person is NOT suitable to participate in Heart Foundation Walking and I have provided them with other suitable physical activity alternatives.

☐ No, esta persona no puede participar en Caminatas de la Fundación del Corazón, y le he ofrecido otras opciones adecuadas de actividad física.

Name of doctor

Nombre del doctor

Address

Domicilio

Postcode

Código Postal

Telephone

Teléfono

Fax

Fax

Signature

Firma

Date

Fecha

_____/_____/_____