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

Estimado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Su paciente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, está interesado en participar en el programa **GenteFuerteTM Corazones Fuertes** en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Este programa de ejercicio progresivo de intensidad moderada incluye **caminata rápida, baile aeróbico y entrenamiento de fuerza y ​​equilibrio.**

Este programa se basa en los resultados de estudios de ejercicio en adultos mayores. Los científicos y fisiólogos del ejercicio han diseñado este programa de ejercicios especialmente para adultos mayores y de mediana edad, y los líderes del programa en su comunidad están implementando el programa. Se requerirá que su paciente complete un cuestionario de historial médico y firme una exención antes de participar en este programa de ejercicios.

####  Complete y firme el Formulario de autorización de profesional de la salud adjunto. Si tiene alguna pregunta o desea discutir la participación de su paciente en este programa con más detalle, llame a:

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre) a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (número de teléfono)

Sinceramente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de autorización de profesionales de la salud**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del paciente: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de teléfono: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de nacimiento: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del último examen: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Altura: |  | Peso: |  | Pulso: |  | BP: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones médicas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamentos: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Consideraciones especiales: |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí, mi paciente puede participaren el Programa GenteFuerteTM Corazones Fuertes.

\_\_\_\_\_\_\_\_ No, mi paciente no puede participar en este momento debido a sus condiciones médicas y estado de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del practicante: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de impresión: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de teléfono: |  | Número de fax: |  |