

# HOJA DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

El programa de salud comunitaria Fifty-Fifty se va a llevar a cabo en 7 municipios de España, en estrecha colaboración con los Ayuntamientos. En cada población participarán un máximo de 120 personas y un mínimo de 100\*.

**ANÍMATE A PARTICIPAR. INSCRIPCIONES HASTA EL 15 DE SEPTIEMBRE.**

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO): .....

DNI: .....

DOMICILIO: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... POBLACIÓN: .....

E-MAIL: .....

TELÉFONO DE CONTACTO: ..... IDIOMA: .....

¿CUÁNTO PESAS? ( En Kg ): ..... ¿CUÁNTO MIDES? ( en m ): .....

¿HACES MENOS DE 150 MINUTOS DE EJERCICIO SEMANALES?  SI  NO

¿ALGÚN PROFESIONAL SANITARIO TE HA DICHO QUE TIENES LA TENSIÓN ALTA?  SI  NO

¿FUMAS?  SI  NO

¿ESTÁS EMBARAZADA?  SI  NO

¿ESTÁS EN TRATAMIENTO DE CORTISONA?  SI  NO

SEÑALA CON UNA CRUZ SI PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

Infarto de miocardio

Embolia

Cáncer

Trasplante

Enfermedad intestinal crónica

Diabetes



\* En el caso de que el número de solicitudes exceda al número idóneo de participantes, máximo 120, se procederá a hacer una selección por muestreo aleatorio simple.



## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Haber nacido entre 1963 y 1988, ambos inclusive
- Presentar al menos una de las siguientes características:
  - Sobrepeso u obesidad ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ).
  - Sedentarismo: realizar menos de 150 minutos de ejercicio físico moderado a la semana en periodos no inferiores a 10 minutos.
  - Ser fumador.
  - Tener la tensión alta.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No cumplir cualquiera de los criterios de inclusión.
- Embarazo en enero de 2013 o embarazo durante el programa.
- Historia de patología crónica diagnosticada
  - Enfermedad cardiovascular.
  - Enfermedad cerebrovascular.
  - Diabetes Mellitus.
  - Otras enfermedades metabólicas o endocrinológicas que requieran tratamiento continuado.
  - Patología oncológica.
  - Enfermedad inflamatoria intestinal.
  - Otras patologías de carácter crónico que requieran tratamiento continuado con fármacos inmunosupresores o terapia corticoidea.
  - Otros motivos.

---

## ENTREGA DE LA SOLICITUD

- EN EL AYUNTAMIENTO DE SU CIUDAD.
- POR CORREO ELECTRÓNICO, mandando las hojas escaneadas a [info@programafiftyfifty.com](mailto:info@programafiftyfifty.com)
- POR CORREO ORDINARIO A Fundación SHE – Diagonal 442, 3º 2ª 08037 Barcelona

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal os informamos que los datos que nos facilite serán incorporados en un fichero titularidad de Fundación Privada SHE y se utilizarán exclusivamente con la finalidad de gestionar la participación en el programa Fifty-Fifty. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en el correo indicado en la Política de Privacidad de la web [www.programafiftyfifty.org](http://www.programafiftyfifty.org).

Acepto que mis datos sean incorporados en un fichero de la Fundación SHE con la finalidad de gestionar mi participación en el Programa de salud comunitaria Fifty-Fifty.



**Programa  
Fifty-Fifty**