



NAME:	
DOC NUMBER:	DATE OF BIRTH:

DEPARTMENT OF NATURAL RESOURCES (DNR) SCREENING QUESTIONNAIRE

Instructions: Check either Yes or No for each question.

1. During the past 12 months, have you had pain, discomfort, or pressure in your chest during activity or rest? Yes No
2. During the past 12 months, have you had any problem with breathing, shortness of breath, dizziness, passing out? Yes No
3. Is the top number of your blood pressure more than 140 or is the bottom number more than 90? Yes No
4. Have you ever been told you have heart disease or a heart murmur? ... Yes No
5. Have you ever been treated for chest pain (angina), irregular heartbeat (palpitations), or heart attack? Yes No
6. Have you ever had heart surgery or other procedures on your heart or blood vessels? Yes No
7. Is your pulse more than 100 beats a minute when you are resting? Yes No
8. Do you have any bone or joint issues that could be made worse by hiking on uneven ground while carrying a heavy pack? Yes No
9. Have you had any healthcare advice that wouldn't allow you to hike on uneven ground while carrying a heavy pack? Yes No
10. Is there any other reason why you are unable to hike on uneven ground while carrying a heavy pack? Yes No
11. Have you ever had asthma, epilepsy, or a hernia? Yes No
12. Do you have an allergy to bee stings that requires an EpiPen prescription? Yes No
13. Do you get less than 30 minutes of exercise at least 3 days a week? Yes No

I understand that yes answers may require me to be seen by a DOC provider to check my fitness.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.



NOMBRE:	
NUM. DEL DOC:	FECHA - NACIMIENTO:

DEPARTAMENTO DE RECURSOS NATURALES (DNR) CUESTIONARIO DE SELECCION

Instrucciones: Verificar Sí o No para cada pregunta.

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido dolor, molestia o presión en el pecho durante actividad o en reposo? Sí No
2. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún problema con la respiración, dificultad para respirar, mareos, desmayos? Sí No
3. El número de arriba de su presión arterial es más de 140 o el número inferior es más de 90?..... Sí No
4. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una enfermedad cardiaca o un soplo en el corazón? Sí No
5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para dolor en el pecho (angina), latidos irregulares del corazón (palpitaciones), o un ataque al corazón? Sí No
6. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía del corazón u otros procedimientos en su corazón o en sus vasos sanguíneos? Sí No
7. ¿Su pulso es de más de 100 latidos por minuto cuando está descansando?..... Sí No
8. ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorarse por hacer caminatas en terrenos desiguales mientras cargue una mochila pesada? Sí No
9. ¿Le han dado alguna recomendación médica que no le permita caminar sobre terreno desigual mientras cargue una mochila pesada? Sí No
10. ¿Hay algún otro motivo por el que no pueda caminar sobre terreno desigual mientras cargue una mochila pesada? Sí No
11. ¿Alguna vez ha tenido asma, epilepsia o una hernia?..... Sí No
12. ¿Usted tiene alergia a las picaduras de abejas que requiere una receta médica para un EpiPen? Sí No
13. ¿Hace menos de 30 minutos de ejercicio al menos 3 días a la semana? Sí No

Yo entiendo que las respuestas marcadas como Sí podrán requerir que sea visto por un proveedor del DOC para comprobar mi estado físico.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.