

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Nro. de socio:		Fecha de inicio: / /			
Apellido y Nombre:					
ACTIVIDAD: Ambika Pilates					
Dirección:		Nro:	Piso:	Depto.:	
Barrio:		Código postal:			
Localidad:		Provincia:			
Nro. de documento:		Fecha de nacimiento: / /			
Teléfono:		Celular:			
Correo electrónico:					
CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre de familiar y parentezco: _____ Teléfono: _____ OBRA SOCIAL: _____ Número de afiliado: _____ Número de emergencias/urgencias: _____					
Edad:	Grupo Sanguíneo A B 0		Factor Positivo + Negativo –		
¿Realiza actividad física habitualmente?					
		NO	¿Cuándo fue la última vez?		
		SI	¿Cuál? ¿Con que frecuencia?		
HIPERCOLESTEROLEMIA (Cholesterol Alto)	SI	NO	AFECCIONES CARDIACAS ¿Cuál?	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (Presión Alta)	SI	NO	DIABETES Cual?	SI	NO
SUFRIÓ ALGUNA VEZ CONVULSIONES?	SI	NO	AFECCIONES RESPIRATORIAS ¿Cuál?	SI	NO
¿CONSUME ALGUNA DROGA?	SI	NO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS ¿Cuál?	SI	NO
¿ES USTED FUMADOR?	SI	NO	TOMA ALGUN MEDICAMENTO ¿Cuál?	SI	NO
¿DESEA AGREGAR ALGUN DATO IMPORTANTE A SU FICHA DE SALUD?					

Entiendo que estaré participando de un sistema y programa de entrenamiento físico en los Salones de **AMBIKA**, y que existe la posibilidad de generar un cierto riesgo físico.

Al igual que cualquier actividad física puede producir lesiones comunes, como contracturas, mareos, dificultad o incomodidad en la respiración. Reconozco que como consecuencia de realizar cualquier actividad física existe el riesgo de padecer lesiones graves e incluso en casos extremos la posibilidad de muerte.

Declaro bajo juramento que no padezco afecciones físicas adquiridas o congénitas, ni lesiones que pudieran ocasionar trastornos en mi salud o condiciones de vida, como consecuencia de las actividades que voy a realizar; que no padezco limitaciones de ninguna índole, ni físicas ni mentales y que no me encuentro bajo ningún tratamiento médico contraindicado a la actividad física ni estoy tomando medicación que pueda perjudicar mi salud por realizar actividad física.

Asimismo, declaro bajo juramento que antes de llenar esta inscripción me he realizado un chequeo médico y me encuentro en condiciones físicas óptimas para participar de las actividades que me ofrecen en **AMBIKA**.

Comprendo y reconozco que al firmar y por medio de este documento, estoy deslindando de toda responsabilidad a **AMBIKA**, a los miembros de su staff y/o dueños, ante cualquier daño que yo pueda sufrir como consecuencia directa o indirecta de mi participación en el o los programas de entrenamiento físico realizados en **AMBIKA**.

FIRMA DEL ALUMNO: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI: _____

FECHA: _____

