

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

1: Qué idiomas habla y entiende? \_ Ingles \_ Español

2: Ha tomado clases de yoga o meditación en el pasado? \_ Sí \_ No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo y qué estilo?

3. Tiene alguna lesión pasada? Si es así, especifique:

4. Ha tenido una cirugía? ¿Hace cuanto tiempo? Especificar:

5. Está actualmente bajo el cuidado de un médico, psicólogo o quiropráctico? Si es así, indique el motivo:

6. Está experimentando estrés actualmente? (trabajo, familia, salud, medio ambiente, otro) Especifique:

7. ¿Está embarazada actualmente?

8. Tiene alguno de los siguientes:

- Escoliosis
- Problemas de espalda
- Anomalías espinales
- Presión arterial alta / baja
- Artritis
- Diabetes
- Alergias
- Hernia
- Migrañas
- Deficiencia visual o auditiva
- Asma
- Problemas del corazón
- Dolor de cabeza, cuello, espalda
- Discapacidades físicas
- Otros (especificar \_\_\_\_\_)

Entiendo que Rayo de la Vida SL está aquí para servirme compartiendo conocimientos sobre ejercicio y salud. Acepto asumir toda la responsabilidad de no exceder mis límites físicos personales en mi práctica y de cualquier lesión que pueda sufrir durante mi participación en clase o cualquier actividad con el Rayo de la Vida. Es mi responsabilidad asegurarme de que no hay ninguna razón que impida mi participación. Reconozco que la clase que se imparte tiene el propósito de reducir el estrés, aliviar la tensión muscular o espasmos, o para aumentar la fuerza, la flexibilidad, la circulación y el flujo de energía. Debido a que el instructor de yoga debe estar al tanto de las condiciones existentes, he declarado todas mis condiciones médicas conocidas y me encargo de mantener al instructor de yoga actualizado sobre mi salud física. Renuncio a cualquier reclamo que pudiera tener en cualquier momento por lesiones de cualquier tipo contra Rayo de la Vida SL, su arrendatario, instructores, o cualquier persona o entidad de cualquier forma involucrada en los mismos. He leído atentamente este comunicado. Entiendo completamente y estoy de acuerdo con su contenido. Toda la información médica escrita en este cuestionario permanece confidencial.

Firmado:

Fecha: