



BEST803: NUEVO INGRESO - NEW MEMBER'S FORM

Por favor ayudanos a conocerte y llena la mayor cantidad de informacion posible

Nombre Completo / Full Name *

Primer / First Segundo / Last

Direccion / Address *

Calle / Street

Calle Segunda Linea / Street Second Line

Ciudad / City

Provincia / Province

Codigo Postal / Zip Code

Pais / Country

Telefono / Phone *

Codigo de Area / Area Code

Numero / Number

Contacto de Emergencia Emergency Contact *

Codigo de Area / Area Code

Numero / Number

Correo / E-mail *

ejemplo@ejemplo.com

HISTORIAL MEDICO / HEALTH HISTORY

Ha tenido algún familiar con historial de enfermedad crónica (enfermedad cardíaca, diabetes, etc)? *

Have you had any family members with chronic disease (cardiac, diabetes, etc?)

Si su respuesta fue "sí", por favor explique.

If your answer was "yes", please explain.

Ha sido usted alguna vez diagnosticado o tratado por alguna enfermedad crónica, incluyendo el asma? *

Have you ever been diagnosed or treated for any chronic disease including asthma?

Si su respuesta fue "sí", por favor explique.

If your answer was "yes", please explain

Esta tomando algún medicamento? *

Are you currently taking any medication?

Si su respuesta fue "sí", por favor explique.

If your answer was "yes", please explain

Algunas otras condiciones de las que debemos tener conocimiento (ej. lesiones pasadas o actuales, etc)? *

Si su respuesta fue "si", por favor explique.

If your answer was "yes", please explain

DETALLES PERSONALES / PERSONAL DETAILS

Si has contestado que SI a alguna de las preguntas anteriores, deberás solicitar "luz verde" a tu doctor para realizar actividad fisica/ If you answered YES, to of the previous questions, you must get the "green light" from your doctor to do physical activities at BEST803.

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD / HEALTH RELATED BEHAVIORS

Usted Fuma? *

Do you smoke?

Toma alcohol regularmente? *

Do you drink alcohol?

PSICOLÓGICO / PSYCHOLOGY

Cuantas veces a la semana come afuera, en promedio? *

How many times on average do you eat fast food per week?

Cuantas horas duerme normalmente durante la noche? *

How many hours do you usually sleep during the night?

Por favor evalua los siguientes, siendo una estrella negativo a cinco estrellas positivo / Please rate the following. One star being negative to five stars being positive

Tengo una actitud positiva hacia las cosas

1 2 3 4 5

Mi trabajo me estresa

1 2 3 4 5

Estoy en la mejor forma de mi vida

1 2 3 4 5

Asi calificaria mi salud.

1 2 3 4 5

Tengo seriedad en cuanto a alcanzar mis metas

1 2 3 4 5

METAS / GOALS

Do you have any health related goals (i.e. Lower blood pressure, etc)? *

If yes, please list

Do you have specific goals related to body composition (i.e. weight loss, build biceps etc)? *

If yes, please list

Do you have any performance specific goals (i.e. Increase 10km run, increase chest strength, etc.)? *

If yes, please list

Do you wish to achieve any of these goals in a specific time frame? *

Nombre Completo y Cédula de Padre / Encargado / Parent / Responsible Adult's Full Name and ID *

Nombre Completo / Full Name Cédula o Número de Pasaporte / ID or Passport Number

If yes, please explain

Los menores de 18 años necesitan autorización o consentimiento de sus padres o tutores legales para realizar actividades sin su compañía.

Esta autorización puede ser firmada por ambos padres o tutores legales o solo por uno de ellos.

Estoy de acuerdo, siendo consciente de mi propia salud y condición física, y teniendo conocimiento de que mi participación en cualquier programa de ejercicios puede ser perjudicial para mi salud, estoy participando voluntariamente en la actividad física en BEST803 Boxing Fitness Center.

Teniendo tal conocimiento, por la presente libero a BEST803 Boxing Fitness Center sus representantes, agentes y sucesores de responsabilidad por lesiones o enfermedades accidentales, en las que pueda incurrir como resultado de participar en dicha actividad física. Por la presente asumo todos los riesgos relacionados con el mismo y doy mi consentimiento para participar en dicho programa.

Acepto revelar cualquier limitación física, discapacidad, dolencia o impedimento que pueda afectar mi capacidad para participar en dicho programa de acondicionamiento físico.

ENGLISH AGREEMENT

I agree, being aware of my own health and physical condition, and having knowledge that my participation in any exercise program may be injurious to my health, am voluntarily participating in physical activity with BEST803 Boxing Fitness Center

Having such knowledge, I hereby release BEST803 Boxing Fitness Center, their representatives, agents, and successors from liability for accidental injury or illness, which I may incur as a result of participating in the said physical activity. I hereby assume all risks connected therewith and consent to participate in said program.

I agree to disclose any physical limitations, disabilities, ailments, or impairments that may affect my ability to participate in said fitness program.

Por favor marcar la cajita, dando por aceptado su consentimiento y aceptación de acuerdo / Please tick box in agreement to the above informed consent, liability waiver, terms and policies *

Estoy de Acuerdo / I agree