
Fecha



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

Sexo

DNI N°

Edad

()
Teléfono Celular

()
Teléfono Fijo

Dirección

Correo Electrónico

Ocupación

Cobertura Médica

DATOS MÉDICOS

Ultimo control médico: _____

¿Cuánto hace que no realiza actividad física? _____

¿Presenta alguna lesión actual o reciente? ¿Cuál? _____

¿Toma alguna medicación obligatoria? ¿Cuál? _____

¿Presenta algún problema respiratorio y/o cardiaco? ¿Cuál? _____

¿Fuma regularmente? _____

Otras consideraciones específicas de salud: _____

Objetivo de la actividad física en "FITNESS CENTER": _____

“Declaro encontrarme apto medicamente para realizar actividad física en el gimnasio “FITNESS CENTER”, desligando de toda responsabilidad a la institución y/o profesores por cualquier incapacidad, lesión o patología que pueda presentar”

FIRMA

ACLARACIÓN