

Centro de Salud y Bienestar de Desert Hot Springs

Aplicación Cardio Gimnasio

Apellido,	Nombre	Fecha:	Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Domicilio:	Ciudad	Condigo Postal	Teléfono Trabajo:	
Correo Electronico	Texto ok?	Genero	Fecha de Nacimiento	
	Circule uno Si / No	Circule uno M / F		
Contacto de Emergencia	Relación	Teléfono de Emergencia 1	Teléfono de Emergencia 2	

Questionario Medico

For favor indique si usted esta bajo tratamiento o ha experimentado alguno de los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Lesiones Físicas _____
<input type="checkbox"/> Tomando medicamentos que pueden causar somnolencia
<input type="checkbox"/> Convulsiones, mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón
<input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada
<input type="checkbox"/> Asma o Enfermedad respiratoria
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|--|

Por Favor, lea atentamente las preguntas y conteste cada una honestamente: Marque Sí o NO.

Sí NO 1. ¿Alguna vez su medico le dijo que tiene una enfermedad del corazón y que sólo se debe realizar actividad física recomendada por un médico?

Sí NO 2. ¿Siente dolor en el pecho cuando realiza actividad física?

Sí NO 3. ¿En el último mes, ha tenido dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividad física?

Sí NO 4. ¿Pierde el equilibrio debido a mareos o alguna vez ha perdido la conciencia?

Sí NO 5. ¿Tiene un problema en los huesos o las articulaciones (por ejemplo, espald, rodillos o cadero) que podnan empeorar por un cambio dn la actividad física?

Sí NO 6. ¿Esta su medico prescribiendole medicamento (por ejemplo, pastillas para la retención de agua) para la presión sanguinea o entermedad cardiaca?

Sí NO 7. ¿Conoce alguna otra razón por la que no debe realizar actividad física.?

Cualquier persona que tiene un historial de enfermedad crónica la cual podría afectar su capacidad de utilizar de forma segura el equipo de ejercicio, deberá proporcionar una autorización médica antes de usar el gimnasio. Si ha respondido "Sí" a una o más de las preguntas anteriores, debe consultar con su médico antes de participar en cualquier actividad física dentro del Centro de Salud y Bienestar de Desert Hot Springs.

Mencione a su médico las preguntas que contestó "Sí" y después de una evaluación médica, pida consejo a su doctor sobre qué tipo de actividades aptas podrá realizar que vayan de acuerdo a su condición física y o salud actual. Puede que tenga que limitar sus actividades a las que son seguras para usted. Se recomienda que hable con su médico acerca de los tipos de actividades que desea participar y seguía el consejo de su medico. Por favor pregunte a nuestro personal para obtener un formulario de autorización médica que deberá ser completado por su doctor.

Centro de Salud y Bienestar de Desert Hot Springs

Aplicación Cardio Gimnasio

Renuncia y Liberación de Responsabilidad

Por medio del presente documento entiendo y reconozco que el gimnasio, entrenamiento, programas y eventos que se celebran en el Centro de Salud y Bienestar de Desert Hot Springs me podrán exponer a muchos riesgos inherentes, incluyendo accidentes, lesiones, enfermedades o incluso la muerte. Entiendo que se espera que yo me ejercite a mi propio riesgo. Todos los ejercicios, incluyendo el uso de pesas y el uso de todas y cada una de las maquinas, equipos y aparatos diseñados para hacer ejercicio estarán disponibles a los miembros bajo su propia responsabilidad. El miembro entiende que el acuerdo para utilizar, o la selección de los programas de ejercicios, métodos y tipos de equipo serán bajo la completa responsabilidad del miembro en si y que ni Borrego Health, la ciudad de Desert Hot Springs, ni el Distrito de Salud podrán considerarse responsables a los miembros de cualquier reclamo, demanda, lesión, daño o acción que pudieran derivarse de una lesión a ninguna persona o propiedad que surja de o en conexión con el uso de los servicios, instalaciones del Centro de Salud y Bienestar de Desert Hot Springs. El Miembro no hace responsable a la entidad, sus ejecutivos, dueños, agentes y empleados de todas o cualquier reclamo que pueda interponerse contra ellas por el miembro o los miembros en nombre de cualquier tipo de lesiones o demanda.

Yo entiendo que esta renuncia de responsabilidad y la política de membrecía es válida por un año desde la fecha de inscripción. La cuota no es reembolsable y no es transferible, incluso si el miembro decide suspender la utilización de las instalaciones. La membrecía debe ser renovada en o antes de la fecha de aniversario con el fin de continuar accediendo al gimnasio. El pago es requerido en el momento de establecer la membrecía y se puede hacer el pago en forma de efectivo, tarjeta de débito o crédito. No se aceptan cheques.

Con mi firma indico que he leído y entiendo esta renuncia de responsabilidad. Soy consciente de que esto es una renuncia y una liberación de responsabilidad y voluntariamente estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del Miembro:

Fecha:

Imprimir el Nombre:

To be Completed by Staff Only

Staff Member's Name: _____

Membership Effective Date: ____/____/____

Physician Medical Clearance Obtained?

Yes No N/A

Referral to DHS main campus for medical clearance

Obtaining clearance from personal doctor/hold membership

Date of clearance ____/____/____

Adaptive Equipment Needed NOTES:

Fitness Center

Orientation Date: ____/____/____

Membership Details:

Member Fees:

Paid:\$_____ Not Paid

Method of Payment:

Cash

Debit Card

Credit Card

Visa

Master Card

AMEX

Discover

NO Personal Checks Please

Updated 9/13