

AMSI CrossFit

EVALUACIÓN DE SALUD Y CONTRATO DE RENUNCIA

Nombre Completo: _____

Fecha Nacimiento _____ Género: M F

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular: _____

Email: _____ Cédula o DPI: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono de Emergencia: _____

EVALUACIÓN SALUD

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de enfermedad del corazón? Si / No

¿Alguna vez ha experimentado dificultad para respirar o dolor de pecho? Si / No

Si tiene alguna de las enfermedades mencionadas, por favor explique.

¿Presión arterial? Si / No

¿Fuma cigarrillo? Si / No

¿Diabetes? Si / No

¿Algún familiar ha padecido de enfermedades cardiovasculares? Si / No ¿Quién?/Edad: _____

¿Entrena por lo menos tres veces a la semana? Si / No

¿Esta bajo algún tratamiento medico? Si / No Describa: _____

Si tiene algún problema en las siguientes áreas, por favor indique.

Rodillas	Si / No	Describe : _____
Espalda baja	Si / No	Describe : _____
Cuello / Hombros	Si / No	Describe : _____
Caderas / Pelvis	Si / No	Describe : _____
Otro	Si / No	Describe : _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO / ASUNCIÓN DE RIESGO

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar en uno o más programas de aptitud física (s) / clase (s), realizados por AMSI BOX FITNESS. Que puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, CrossFit, CrossFit Kids, Boot Camp, y/o entrenamiento de cualquier tipo dirigido por ENTRENADORES contratados por AMSI BOX FITNESS. (en adelante referidos colectivamente como AMSI BOX FITNESS). AMSI BOX FITNESS me hizo plenamente consciente de que los programas de aptitud física / clases que AMSI BOX FITNESS ofrece y que YO deseo participar. Los entrenos y clases ofrecidas son de naturaleza extremadamente agotadoras y puede/podría empujarme hasta el límite de mis capacidades físicas. Reconozco y entiendo que los programas / clases cuentan con diferentes grados de riesgo que pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente:

La lesión del músculo esquelético y/o sistemas cardio-respiratorios que pueden causar lesiones graves o la muerte, lesiones o muerte por negligencia de parte de mí mismo, mi compañero de entrenamiento, u otras personas que me rodean, lesiones o la muerte debido a un uso indebido o el fracaso de equipo o lesiones o la muerte debido a una condición médica, ya sean conocidos o desconocidos por mí. Soy consciente de que alguno de estos riesgos antes mencionados pueden provocar lesiones graves o la muerte a mí y a mi pareja(s).

Iniciales: _____

AMSI CrossFit

EVALUACIÓN DE SALUD Y CONTRATO DE RENUNCIA

Yo voluntariamente asumo total responsabilidad por cualquier y todos los riesgos que me estoy exponiendo como resultado de mi participación en los programas y clases de AMSI BOX FITNESS, acepto toda la responsabilidad por cualquier lesión o muerte que puedan resultar de la participación en cualquier clase, programa y/o actividad física. Por la presente certifico que yo sepa no hay problemas médicos que aumentan mi riesgo de enfermedades y lesiones como consecuencia de la participación en un programa de entrenamiento diseñado por AMSI BOX FITNESS. AMSI BOX FITNESS me informó que existe la posibilidad de cambios adversos físicos durante un programa de ejercicios, y entiendo completamente el mismo. AMSI BOX FITNESS me informó de que estos cambios pueden incluir la presión arterial anormal, desmayos, trastornos del ritmo cardíaco, derrame cerebral, y en casos muy raros, un ataque cardíaco o incluso la muerte, y entiendo totalmente lo mismo. Con mi comprensión completa de la información anterior, estoy de acuerdo en asumir cualquier y todos los riesgos asociados con mi participación en los programas de acondicionamiento físico en las clases de AMSI BOX FITNESS.

Iniciales: _____

RENUNCIO

En plena consideración de los riesgos y peligros antes mencionados y teniendo plenamente en cuenta el hecho de que deseo voluntariamente participar en las actividades creadas por AMSI BOX FITNESS, por el presente documento renuncio, libero, desisto de cualquiera y toda responsabilidad a AMSI BOX FITNESS, sus agentes, entrenadores, voluntarios, cualquier empleado y personal por daños o perjuicios de cualquier tipo que surja por mi participación en los programas de acondicionamiento físico realizados por AMSI BOX FITNESS, incluyo algunas y todas las lesiones o daños atribuidos a los actos negligentes u omisiones por cualquiera de las partes antes mencionadas.

Este acuerdo será vinculante para mí, mis sucesores, representantes, herederos, albaceas, cesionarios o adquirentes. Si alguna parte de este acuerdo es considerada inválida, estoy de acuerdo que el resto del Acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto.

Si estoy firmando en nombre de una persona menor de edad, doy permiso para cualquier persona relacionada con AMSI BOX FITNESS para administrar los primeros auxilios se considere necesario, y en caso de enfermedad grave o lesión, doy permiso para llamar a la atención médica y quirúrgica para atender a la persona menor de edad, también doy permiso de transportar a la persona menor de edad a un centro médico que cualquier persona relacionada con AMSI BOX FITNESS considere necesario para el bienestar de la persona.

Iniciales: _____

Indemnización: Reconozco que hay un riesgo involucrado en los tipos de actividades que ofrece AMSI BOX FITNESS. Por lo tanto, acepto la responsabilidad financiera por cualquier lesión que yo o el participante puede causar ya sea a él/ella misma o a cualquier otro participante debido a su negligencia. Si las partes antes mencionadas, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá incurrir en honorarios de abogados y costos para hacer cumplir este acuerdo, estoy de acuerdo de reembolsar los honorarios y costos. También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener salvo a AMSI BOX FITNESS, sus directores, agentes, empleados y voluntarios de responsabilidad por la lesión o muerte de cualquier persona (s) y daños a la propiedad que puedan resultar de mi acto negligente o intencional u omisión durante su participación en actividades ofrecidas por AMSI BOX FITNESS

Iniciales: _____

Uso de la fotografía (s) / película / imagen: Estoy de acuerdo en permitir AMSI BOX FITNESS, sus agentes, oficiales, directores, empleados y voluntarios de la foto(s), filmaciones en video, y/o imagen de mí con fines publicitarios. En el caso de no permitir el uso de lo antes mencionado, estoy de acuerdo que debo informar AMSI BOX FITNESS de ello por escrito.

Iniciales: _____

He **leído completamente y comprendido** los riesgos antes mencionados, entiendo la responsabilidad que al firmar este documento me obliga a indemnizar a las partes mencionadas de cualquier responsabilidad por lesiones o muerte de cualquier persona y daños a la propiedad causados por mi negligencia o acción u omisión intencionada. Entiendo que **al firmar este formulario estoy renunciando** valiosos derechos legales.

_____/_____/_____
Nombre del participante (firma por favor)

_____/_____/_____
Tutor (firma por favor)

CONTROL DE PAGOS

Descripción	Tipo de Mensualidad	Forma de Pago (Tarjeta - Efectivo - Cheque)	Vuelto/Cambio	No. De Factura	Quién recibió el pago
Basics/Inscripción					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					