



## HISTORIAL DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Distrito, Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relación: \_\_\_\_\_

¿Sabe su médico que usted está participando en este programa de ejercicios? \_\_\_\_\_

Describa su programa de ejercicios actual: \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo los siguientes números relacionados con usted, ya sea ahora o en el pasado y haga sus comentarios.**

1. Historia de problemas cardíacos, dolor en el pecho o embolia
2. Presión arterial alta
3. Cualquier condición o enfermedad crónica
4. Dificultad al hacer ejercicios físicos
5. Advertencia médica de no ejercitar
6. Cirugía en los últimos 12 meses
7. Actualmente embarazada o en los últimos 3 meses
8. Historial de problemas pulmonares o respiratorios
9. Problemas musculares, de articulaciones o de espalda, o alguna lesión previa que aún le afecte
10. Diabetes o problemas de tiroides.
11. Consumo de cigarrillos, alcohol o drogas
12. Obesidad (más del 20% del peso ideal)
13. Colesterol alto
14. Historial de problemas cardíacos en la familia
15. Hernia o cualquier condición que pueda agravarse al levantar pesas
16. ¿Cuáles medicamentos toma de forma regular? \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Le rogamos que nos notifique acerca de cualquier cambio.

# Curves

*Se requiere la información anterior a fin de adaptar el programa de acondicionamiento físico de Curves de acuerdo con sus capacidades. Curves utilizará estos datos exclusivamente para esta finalidad*

*Curves no divulgará sus datos de salud a terceros, salvo con su consentimiento previo y por escrito.*

*Usted tiene el derecho de acceso y el derecho de rectificación en caso que sus datos resultasen imprecisos o incompletos.*

*Si usted desea ejercer estos derechos, usted puede comunicarse con Curves a la dirección de esta instalación de Curves.*

*Sus datos no se conservarán por más tiempo que el necesario con relación al propósito de procesamiento de datos.*

Usted otorga su consentimiento a Curves para que transfiera sus datos personales al extranjero en caso de considerarse necesario.

---

**Firma**



## CONVENIO Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente la infrascrita acuerda lo siguiente con CFW Group Inc., Curves Internacional Inc. y su Estudio Local de Curves donde ha solicitado su membresía:

1) En contraprestación por haberseme permitido participar en las actividades y programas de del Estudio Curves (y/o cualquier otro Estudio Curves al cual se me ha concedido acceso) y a utilizar sus instalaciones, equipos y máquinas, además del pago de cualquier tarifa o cargo y sujeto a los derechos estatutarios y garantías implícitas que no pueden excluirse, por el presente rescindo, exonero y libero para siempre a Curves Internacional, Inc., a CFW Group Inc., a mi Estudio Local de Curves y sus funcionarios, agentes, empleados, representantes, albaceas y todas cuantas otras personas (en lo sucesivo designados conjuntamente como Representantes de Curves), de cualquier responsabilidad u obligación con respecto a cualesquiera lesiones o daños resultantes o relacionados con mi asistencia a Curves, así como a cualquier local que sea propiedad de los representantes de Curves o que sea operado, controlado y/o arrendado por los mismos, salvo cualquier responsabilidad civil por fallecimiento o lesión personal que se produjera por un acto de omisión o negligencia de los representantes de Curves.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

2) Entiendo y estoy al tanto de que el entrenamiento de fortalecimiento, flexibilidad y ejercicios aeróbicos, incluyendo el uso de equipos, son actividades posiblemente peligrosas. Igualmente, entiendo que las actividades de acondicionamiento físico implican un riesgo de lesión y hasta pueden ser causa de muerte, y que voluntariamente estoy participando en estas actividades y estoy utilizando los equipos y máquinas con pleno conocimiento del riesgo que ello implica. Sujeto sólo a los derechos estatutarios y garantías implícitas que no pueden excluirse, por medio del presente expresamente asumo y acepto todos y cuantos riesgos de lesiones o muerte con respecto a mi propia persona y causados directamente por mí o como resultado de mi conducta, omisiones de actos o negligencia ante otras personas. Asimismo acuerdo expresamente asumir toda y cuanta responsabilidad respecto a todas y cuantas lesiones o muertes causadas directa o indirectamente por mi conducta, omisiones de actos o negligencia ante terceros (incluyendo los representantes de Curves) relacionados con mi asistencia a Curves, así como a cualquier local que sea propiedad de los representantes de Curves o que sea operado, controlado y/o arrendado por los mismos.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

3) Por el presente además expreso que estoy en buen estado físico y que no padezco de ninguna condición, impedimento, enfermedad, afección o ningún otro mal que me impida participar o utilizar los equipos o máquinas y/o mi asistencia al Estudio de Curves. Por el presente, reconozco que he sido informada de la necesidad de obtener la aprobación de un médico para así poder participar en cualquier actividad de ejercicios y acondicionamiento físico o para utilizar equipos y máquinas de ejercicios. De igual modo, admito que se me ha recomendado que me someta a un examen físico una vez al año o con más frecuencia, y que consulte con mi médico con respecto a cualquier actividad física, ejercicio y uso de equipos de ejercicios y de entrenamiento, para que así pueda obtener sus recomendaciones respecto a estas actividades de acondicionamiento físico y uso de equipos. Admito que me he sometido a un examen físico y que mi médico me ha autorizado a participar o, que he decidido participar por mi cuenta en actividades y uso de equipos y maquinaria sin la aprobación de mi médico y por el presente asumo, sujeto sólo a los derechos estatutarios y garantías implícitas que no pueden excluirse, toda responsabilidad por mi participación, actividades y utilización de equipos y máquinas en mis actividades.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_