

TALLER DE CUERDAS
HOJA DE INFORMACION DE SALUD

EMPRESA: Academia Interamericana de Panamá

NOMBRE: _____

EDAD: _____

TIPO DE SANGRE: _____

POSICION: Estudiante

TEL: _____ [ofic]

FAX: _____ [ofic]

1. Ha participado en el Taller de Cuerdas anteriormente? SI [] NO []

2. Poseo algún impedimento para realizar ejercicio fisico SI [] NO []

Si contestó **SI**, favor de explicar

3. He sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 6 meses SI [] NO []

Si contestó **SI**, favor de explicar

4. Tengo alguna duda sobre mi condición de salud para realizar ejercicio fisico SI [] NO []

Si contestó **SI**, favor de explicar

5. Actualmente estoy tomando los siguientes medicamentos: _____

6. Soy alérgico(a) a: _____

7. En caso necesario, favor de llamar a:

Nombre: _____

Tel: _____

Manifiesto que toda la información que he proporcionado es cierta. Relievo de responsabilidad a la empresa por cualquier inconveniente que ocurriese por una omisión de mi parte en cuanto a esta declaración de salud.

Fecha: _____ Firma: _____