

HOJA DE REGISTRO

FECHA: _____

La Práctica de Yoga tiene como propósito principal el crecimiento personal y la transformación de patrones que obstaculizan nuestro desarrollo, sin embargo no recomendamos usar las clases grupales como reemplazo a una terapia. El proceso de aprendizaje e integración de conocimientos de yoga está apoyado en un linaje ancestral de enseñanza, y cada uno de nosotros somos un eslabón en esa cadena. Es importante saber que a lo largo de este proceso podemos tener experiencias emocionales fuertes e incluso reacciones físicas.

Si a lo largo de tu trabajo con las herramientas de yoga te encuentras en períodos de incomodidad o desconcierto, no dudes en comunicarte con nosotros para que podamos sugerirte apoyos o ayudas complementarias. Sin embargo eres libre para buscar la ayuda que tu consideres necesaria.

Este programa básicamente no es adecuado para mujeres embarazadas, (solo en casos especiales analizados previamente por el profesorado), tampoco para personas con problemas cardiovasculares, hipertensión, enfermedades mentales, cirugías recientes o fracturas recientes o enfermedades infecciosas agudas.

Si tienes dudas sobre tu participación, consulta con tu médico o terapeuta.

Presenta esta forma con todos los datos, así como dos fotografías tamaño infantil al momento de entrevistarte.

Datos Personales

Nombre

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Domicilio Particular

Colonia _____ C.P. _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (s) Particular _____ Celular _____

**Horario para
localizarte:**

Correo Electrónico _____

**Contacto en caso de
emergencia (Poner datos
completos y relación)** _____

Escolaridad: Primaria: Secundaria Bachillerato

Licenciatura:

Maestría:

Otros estudios:

Datos del Trabajo

Lugar o Institución donde labora: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ C.P. _____

Ciudad: _____ Estado _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Conocimientos Anteriores

¿Has practicado Yoga? _____ ¿Qué tipo o sistema? _____

¿Cuánto tiempo? _____

¿Con quién? _____ ¿Dónde? _____

Salud

¿Estás embarazada?

En caso de respuesta afirmativa, menciona cuantos meses de gestación tienes:

Actualmente has sentido o presentado síntomas de:

Tristeza: Miedo: Enojo: Ansiedad: Cansancio: Insomnio:

Otros: (Especifica): _____

¿Tienes historial médico en cualquiera de los siguientes temas?

*Enfermedades Cardiovasculares o ataque cardiaco	Si	No
*Antecedentes de derrame cerebral	Si	No
*Antecedentes de enfermedades mentales o psicológicas	Si	No

En caso de ser afirmativo, especifica si recibiste apoyo psicológico o psiquiátrico y hace cuanto tiempo y coméntalo personalmente con nosotros.

Estas bajo tratamiento médico de antidepresivos o ansiolíticos: Especifica cuales: _____	Si	No
---	----	----

*Alguna enfermedad contagiosa: Especifica: _____	Si	No
---	----	----

*Glaucoma o desprendimiento de retina	Si	No
---------------------------------------	----	----

*Asma:	Si	No
--------	----	----

*Problemas con adicciones:	Si	No
----------------------------	----	----

En caso de ser afirmativo, especifica si recibió apoyo, hace cuanto tiempo y coméntalo personalmente con nosotros: _____

*Dolores de cabeza frecuentes o migrañas ¿Con qué frecuencia? _____	Si	No
--	----	----

*Problemas de presión baja	Si	No
----------------------------	----	----

*Problema de presión alta	Si	No
---------------------------	----	----

* Epilepsia	Si	No
-------------	----	----

Especifica frecuencia y si tomas algún medicamento para este problema:

*Diabetes	Si	No
-----------	----	----

En caso afirmativo, menciona desde cuando y si tomaste algún medicamento:

*Osteoporosis Si No
En caso afirmativo, menciona desde cuando y si tomaste algún medicamento:

*Cirugías Si No
En caso afirmativo, menciona cuándo y de qué tipo: _____

Alimentación

¿Qué tipo de alimentación tienes? _____

¿Predominan las harinas y azúcares en tu alimentación? Si No

¿Consumes café? _____ ¿Cuántas tazas al día? _____

¿Fumas? _____ ¿Con que frecuencia? _____

¿Consumes bebidas alcohólicas? _____ ¿Con que frecuencia? _____

¿Cómo te enteraste de este entrenamiento?

¿Cuál fue el motivo que te motivó para tomar este Entrenamiento?

¿Qué esperas del Entrenamiento? (Describe tus expectativas en el mayor detalle posible)

Confirmando haber leído y entendido la información aquí escrita, así como haber contestado de forma completa y sincera a todas las preguntas y que mi estado general de salud es, en general bueno.

Acepto utilizar las instalaciones provistas para el entrenamiento bajo mi cuenta y riesgo.

Nombre

Firma