

Fecha : / /

Socio Nº : _____

Datos personales

Apellido y Nombre : _____

Número y Tipo de Documento : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Lugar de Nacimiento : _____

 Domicilio : _____

 Teléfono : _____

 Ocupación : _____

 Horario de Trabajo : _____

Otras actividades / hobbies : _____

¿ Concurría a otro gimnasio ? : _____

 ¿ A cuál concurría ? : _____

 ¿ Durante cuánto tiempo concurrió ? : _____

 ¿ Qué actividad/es realizaba ? : _____

 ¿ Por qué lo dejó ? : _____

¿ Por qué elije la actividad a realizar ? : _____

 ¿ Por qué elije este gimnasio ? : _____

 ¿ Cómo lo conoció ? : _____

Antecedentes de enfermedades

Intervenciones Quirúrgicas : _____

 Alergias : _____

 Artrosis : _____

Respiratorios : _____

 Columna : _____

 Cardíacos : _____

 Tabaquismo : _____

 Epilepsia : _____

Contracturas / Musculares : _____

 Migrañas : _____

 Colesterol : _____

 Diabetes : _____

 Hipertensión : _____

 Hipotensión : _____

 Glaucoma : _____

 Osteoporosis : _____

 Fracturas : _____

 Esguinces : _____

 Luxaciones : _____

 Desgarros : _____

 Otros : _____

¿ Toma algún medicamento ? _____

 (cuál y para qué)

Ante cualquier percance avisar a : _____

Firma del Socio