



### Formulario de Bienestar

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia (por favor llame a)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

### Información Médica Confidencial

1. Fecha de examen médico más reciente: \_\_\_\_\_

2. ¿Se siente bien – sin restricciones? Sí  No

Si no, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tratada/o por una herida? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez ha sido herida/o y no ha recibido tratamiento médico?

Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene alguna condición médica al corriente (por favor incluya si está embarazada) por la cual está recibiendo tratamiento? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

6. ¿Está tomando medicamentos recetados en este momento? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

7. Tiene: ¿Alergias conocidas? Sí  No

¿Dificultad para respirar? Sí  No

¿Presión arterial alta? Sí  No

¿Diabetes? Sí  No



Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tan frecuentemente hacer ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

9. Esta o alguna vez ha estado involucrada/o en entrenamiento de artes marciales o defensa propia? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

10. Por favor describa su percepción de nivel de salud física.

La información por encima está completa, y es exacta y cierta a lo mejor de mi capacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Revisión de Instructor