



YOGA, MEDITACION & TECNICAS DE RESPIRACION FORMULARIO DE REGISTRACION

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Email: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia (nombre completo): _____

Referido por (nombre, website, aviso, flyer, etc.): _____

EXPERIENCIA HACIENDO YOGA

¿Alguna vez ha hecho yoga? _____ Sí _____ No (Fecha de la última clase _____)

¿Cada cuando practica yoga? (circule una opción) Diario Semanalmente Mensualmente

Estilo de yoga practicado más frecuentemente: _____

Hatha Ashtanga Vinyasa/Flow (circule los estilos de yoga que haya practicado)
Iyengar Power Anusara Bikram/Caliente Forrest Kundalini Suave
 Restaurativa Yin Otros: _____

¿Cuáles son sus expectativas de su práctica de yoga? (circule lo que corresponde)

Entrenamiento de fuerza	Flexibilidad	Balance	Relajación
Manejo del estrés	Problema de salud	Terapia alternativa	Rehabilitación
Mejorar su condición física.	Manejo de su peso	Mejorar su bienestar	

Otros objetivos/ Explique: _____

Intereses en la práctica de yoga: (circule lo que corresponde)

Asana (posturas) Pranayama (respiración) Meditación Filosofía de Yoga Sistemas de Energía

Otros: _____

ESTILO DE VIDA & FITNESS

¿Cómo califica su actual nivel de actividad? (Elija una opción)

Sedentario / Muy inactivo Algo inactivo Promedio Algo activo Muy activo

En una escala de 1-10, (1 es el más bajo, 10 es el más alto) ¿cómo calificaría su nivel de estrés?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

PHYSICAL HISTORY

HISTORIA FÍSICA

HOLISTIC GROWTH

Graciela Aires Rust MS, LPCA, CRC

www.holisticgrowth.net Tel. (808) 824-0721

E-mail: info@holisticgrowth.net

Revise esta lista y compruebe las condiciones que han afectado su salud recientemente o en el pasado.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fractura de huesos/ dislocados | <input type="checkbox"/> Tensión muscular / esguince | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el disco | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> Ansiedad / depresión | <input type="checkbox"/> Asma, respiración corta |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento, hormigueo | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Embarazo (EDD) |
| <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmune * | |

Otras condiciones: _____

¿Está en estos tomando alguna medicación? Describa por qué condición y los nombres de los medicamentos.

Si alguna de la información en este formulario necesita ser detallada o si hay algo más que desea compartir, por favor describa a continuación:

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN:

Estamos encantados de tenerte como practicante de yoga / meditación / respiración en Holistic Growth. Es una práctica transformadora que integra tensiones corporales, mentales y emocionales para llegar a niveles más profundos de relajación y conciencia. Todos los programas de ejercicios contienen un riesgo de lesión. Al elegir participar en Holistic Growth en clases de yoga, asume voluntariamente un cierto riesgo de lesiones. La atención plena es fundamental para la práctica del Yoga. Al asistir a esta clase, yo (su nombre completo) _____

afirmo que soy el/la único/a responsable de mi salud y bienestar, así como mi decisión de practicar yoga, respiración y meditación. Estoy de acuerdo en informar a mi instructor de yoga de cualquier actividad o movimiento, que me siento podría causar daño a mí mismo. Entiendo que las técnicas de yoga / meditación / respiración no son recomendadas y no son seguras bajo ciertas condiciones médicas. No tengo ninguna condición física o discapacidad que pueda limitar mi participación o excluirme de un programa de ejercicios. Sostengo que Holistic Growth y los instructores no serán responsables de ninguna lesión, pérdida o daño a la propiedad y / o personas ocurridas durante o como resultado de la participación en estas clases. Estoy de acuerdo en escuchar mi cuerpo y monitorearme durante cada sesión de clase.

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____