

Fecha: ____ / ____ / ____	N° de socio: _____	Actividad/Plan: _____
---------------------------	--------------------	-----------------------

DATOS PERSONALES					
APELLIDO Y NOMBRE					
DNI		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
DOMICILIO				LOCALIDAD	
CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO		
OBRA SOCIAL / PREPAGA (opcional)			N° AFILIADO		

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
NOMBRE Y APELLIDO			
PARENTESCO / VÍNCULO		TELÉFONO	

DECLARACIÓN DE SALUD Y APTITUD FÍSICA

Marque SÍ o NO. Si responde SÍ a alguna pregunta, detalle al final. Ante dudas o factores de riesgo, se recomienda evaluación profesional antes de iniciar o continuar la actividad.

¿Algún médico le indicó evitar, limitar o realizar actividad física únicamente con control profesional?	SÍ	NO
¿Tiene o ha tenido enfermedad cardíaca, arritmias, hipertensión o dolor/opresión en el pecho?	SÍ	NO
¿Ha presentado desmayos, pérdida de conocimiento, mareos intensos o falta de aire fuera de lo esperable?	SÍ	NO
¿Tiene asma u otra enfermedad respiratoria que pueda afectar el ejercicio?	SÍ	NO
¿Tiene diabetes, epilepsia u otra condición crónica que pueda requerir precauciones durante la actividad física?	SÍ	NO
¿Tiene una lesión actual o reciente en articulaciones, músculos, huesos o columna (esguince, desgarro, fractura, dolor persistente, etc.)?	SÍ	NO
¿Fue operado/a, estuvo internado/a o tuvo una lesión importante en los últimos 12 meses?	SÍ	NO
¿Toma actualmente medicación que pueda influir en su respuesta al ejercicio?	SÍ	NO
¿Tiene alergias severas o antecedentes de reacciones alérgicas graves?	SÍ	NO
¿Existe embarazo, posparto reciente u otra situación que requiera adaptar la actividad? (si corresponde)	SÍ	NO
¿Hay alguna otra condición de salud, síntoma o antecedente que considere importante informar por seguridad?	SÍ	NO

DETALLE DE RESPUESTAS POSITIVAS / MEDICACIÓN / ALERGIAS / LESIONES / INDICACIONES MÉDICAS:

¿CUENTA CON APTO / CERTIFICADO MÉDICO VIGENTE?	☐ SÍ	☐ NO	Fecha: ____ / ____ / ____
Este formulario no reemplaza una evaluación médica ni certifica por sí solo aptitud para realizar ejercicio.			

GRUPO SANGUINEO: _____

HÁBITOS Y EXPERIENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA

¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA ACTUALMENTE? ☐ SÍ ☐ NO ¿Cuál? _____

VECES POR SEMANA

DURACIÓN APROX. POR SESIÓN

EXPERIENCIA PREVIA / DEPORTES / ENTRENAMIENTO ANTERIOR

TABAQUISMO ACTUAL ☐ SÍ ☐ NO Observaciones: _____

OBJETIVOS PRINCIPALES

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Salud y bienestar | ☐ Bajar grasa corporal | ☐ Ganar masa muscular | ☐ Mejorar fuerza |
| ☐ Rendimiento deportivo | ☐ Movilidad / flexibilidad | ☐ Rehabilitación / retorno* | ☐ Otro: _____ |

*En lesión o rehabilitación, seguir indicaciones del profesional tratante y del equipo del gimnasio.

NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD

1. Informar de inmediato dolor agudo, mareos, falta de aire inusual, descompensación o síntomas preocupantes y detener la actividad.
2. Usar máquinas, barras, discos, cajones y demás elementos únicamente de la forma indicada; no improvisar usos inseguros.
3. Respetar indicaciones del personal sobre técnica, cargas, progresiones, pausas, modificaciones o interrupción de ejercicios.
4. No entrenar bajo efectos de alcohol, drogas o sustancias que alteren coordinación, juicio o respuesta física.
5. Comunicar cambios relevantes en el estado de salud, lesión, medicación o indicación médica.

DECLARACIÓN INFORMADA, ADVERTENCIAS Y RESPONSABILIDAD

1. DECLARACIÓN DEL ALUMNO

Declaro que la información consignada es verdadera y completa según mi conocimiento. Comprendo que el ejercicio y el entrenamiento con cargas implican riesgos inherentes de fatiga, golpes, caídas, sobrecargas o lesiones, aun con medidas razonables de prevención. Me comprometo a entrenar dentro de mis posibilidades, informar síntomas y respetar las indicaciones de seguridad.

2. CONSTANCIA DE ADVERTENCIAS E INCUMPLIMIENTO

Si el personal de Garage Box Fitness me advierte expresamente que un ejercicio, carga, técnica, máquina o actividad no debe realizarse, debe interrumpirse o modificarse por seguridad, y pese a comprender la indicación decido desobedecerla o actuar por fuera de la supervisión recibida, reconozco que mi propia conducta podrá ser considerada al determinar las consecuencias atribuibles al hecho. El gimnasio podrá interrumpir o impedir una actividad cuando advierta riesgo para mí o terceros.

3. ALCANCE DE ESTA DECLARACIÓN

Esta declaración no implica una renuncia general de derechos ni libera al gimnasio de responsabilidades que legalmente correspondan por sus propios actos u omisiones, falta de seguridad, defectos de instalaciones o equipamiento o incumplimiento de deberes legales. Su finalidad es documentar la información brindada, los riesgos propios de la actividad y las indicaciones de seguridad.

EMERGENCIAS Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

- En una urgencia, autorizo al personal a solicitar asistencia de un servicio de emergencias y a contactar a la persona indicada en esta ficha.
- La información personal y de salud que decido brindar se utilizará para gestionar mi inscripción, actuar con prudencia durante la actividad y responder ante emergencias. Solicito tratamiento confidencial, acceso restringido y ausencia de usos incompatibles con esas finalidades.
- Comprendo que la información de salud es sensible y que debo comunicar cambios relevantes; podré solicitar actualización o supresión de datos en la medida legalmente aplicable.

CONFORMIDAD Y FIRMAS

Lugar y fecha: Santa Rosa del Conlara, ____ / ____ / ____

FIRMA DEL ALUMNO

Aclaración y DNI

FIRMA RESPONSABLE / TUTOR*

Aclaración y DNI

RECIBIDO POR

Personal Garage Box Fitness

*Obligatorio para menores de 18 años o cuando corresponda representación legal.