

AUM Home Shala
Terapia de Yoga Formulario de Admisión

Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Género _____ Edad _____

Número de teléfono: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Profesión/Empleo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
(____) _____

La siguiente información es confidencial y se utilizará para planificar sesiones seguras y efectivas de terapia de yoga. Responda las preguntas lo mejor que pueda.

Motivo de su visita _____

¿Cuál es su problema principal? _____

¿Con qué frecuencia experimenta los síntomas? _____

Constantemente (76-100% del tiempo) Frecuentemente (50-75%)
De vez en cuando (26-50%) Intermitente (hasta 25%)

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez? _____ ¿Sabe lo que lo inició? _____

¿Qué actividades le proporcionan alivio? _____

¿Que lo empeora? _____

¿Cómo cambian sus síntomas con el tiempo? (marque uno)

Empeorando Permanecen igual Mejorando

¿Ha probado alguna otra terapia o tratamientos?(Si/No)

En caso afirmativo, describa: _____

Describe cómo duerme: _____

¿Qué espera lograr con la terapia de Yoga? _____

—

—

—

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conciencia corporal | <input type="checkbox"/> Estiramiento muscular y flexibilidad |
| <input type="checkbox"/> Fortalecimiento muscular | <input type="checkbox"/> Reducción de dolor |
| <input type="checkbox"/> Estabilización de articulaciones | <input type="checkbox"/> Mejorar la postura |
| <input type="checkbox"/> Dieta y estilo de vida | <input type="checkbox"/> Mejorar la respiración |
| <input type="checkbox"/> Digestión y eliminación | <input type="checkbox"/> Mejorar el sueño |
| <input type="checkbox"/> Posturas o prácticas específicas de yoga | <input type="checkbox"/> Reducción general del estrés |
| <input type="checkbox"/> Tener mas energía | <input type="checkbox"/> Menos reactiva/molesta |
| <input type="checkbox"/> Conciencia de la respiración | <input type="checkbox"/> Relaciones personales más satisfactorias |
| <input type="checkbox"/> Controlar las emociones | <input type="checkbox"/> Alta autoestima |
| <input type="checkbox"/> Menos ansiedad o depresión | |
| <input type="checkbox"/> Sentirme más realizado en el trabajo | |
| <input type="checkbox"/> Otros Objetivos: _____ | |

¿Cuánto tiempo diario usted puede dedicar a hacer yoga?

Historial Medico

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico por alguna enfermedad aguda o crónica? (Si/No)

En caso afirmativo, describa:

Nombre de su Doctor: _____ Fecha del último examen físico:

¿Qué hace para relajarse? _____

¿Hace ejercicio regularmente/participa en algún deporte? (Si/No)

En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha sufrido alguna lesión recientemente? (Si/No)

En caso afirmativo, describa:

¿Se siente incómodo con alguna de las siguientes áreas:

Región glútea (Si/No) Región pectoral (Si/No) Cara/Cuero cabelludo (Si/No) Pies (Sí/No)

Por favor enumere cualquier medicamento (Vitaminas, hierbas o productos farmacéuticos) que esté tomando actualmente o a intervalos regulares?

Enumere las lesiones / accidentes / enfermedades o cirugías que aún lo afectan y cómo las ha estado atendiendo:

¿Tiene estrés en su trabajo, familia u otros aspectos de su vida?
 (Encierra en un círculo el que mejor describe)



Y cómo cree que afecta su salud:

Tensión muscular Ansiedad Insomnio Irritabilidad Problemas digestivos

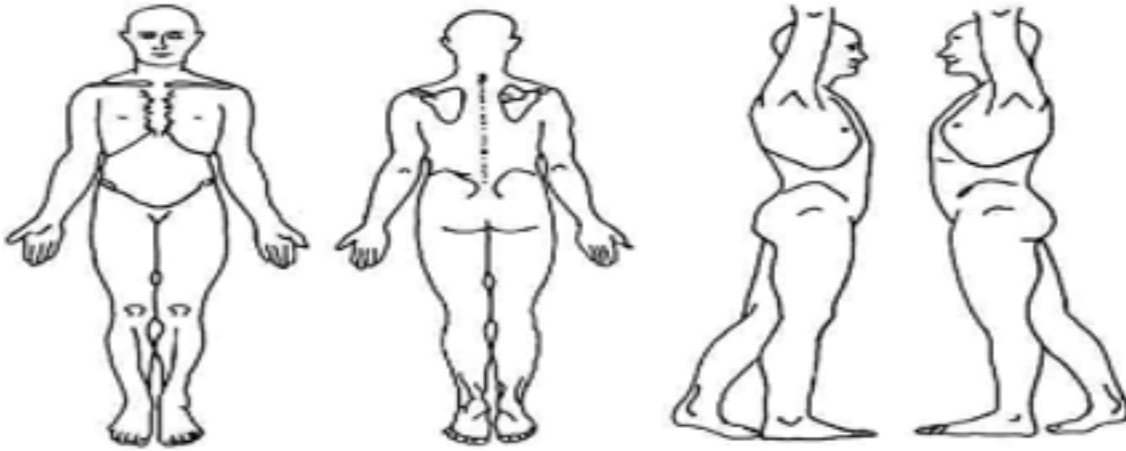
Otro: _____

Encierre con un círculo la cara o caras que mejor describen cómo se siente:



Usando los símbolos a continuación, identifique las áreas de preocupación en el cuadro a continuación:

/// (Dolor agudo) xxx (dolor ardiente) ~~~~ (entumecimiento) 000 (dolor ligero)



Historia de salud

Por favor indique cualquier condición de Presente (P), Pasado (X), or Recurrente (C):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Implantes metálicos / articulaciones artificiales |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> ¿que etapa? _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Pie de atleta (hongo) | <input type="checkbox"/> Hormigueo/ entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre / trombosis venosa profunda/ Flebitis / Embolia | |
| <input type="checkbox"/> Pain | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos o fracturados | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| | --Muscular o articular: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | -- Ubicación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | -- Cronica? Si/No |
| --Ubicación: _____ | |
| --Tratamiento: _____ | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| --¿En remisión? Si/No | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Soriasis |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Erupción |
| <input type="checkbox"/> Condición contagiosa | <input type="checkbox"/> Ciática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Espasmos / calambres |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Torcedura/ Esguince |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Embolio |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Epstein Barr | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de fertilidad | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación temporomandibular / dolor de mandíbula | |

- Fibromialgia
 - Fatiga
 - Gota
 - Dolores de cabeza
 - Tipo: _____ Frecuencia: _____
 - Vértigo, mareos o pérdida del equilibrio
 - Discapacidad auditiva
 - Problemas Cardiacos
 - Herpes / herpes zóster
 - Presión Arterial Alta / Baja
 - Colesterol Alto / Bajo
 - VIH / SIDA
 - Lupus
 - Edema linfático
 - Otro: _____
- Tumor
 - Ubicación: _____
 - ¿Maligna o benigna? _____
 - Venas varicosas

Asunción de riesgo / renuncia de responsabilidad y liberación de los medios
ASUNCIÓN DE RIESGO / LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Asunción de riesgo: reconozco la posibilidad de posibles lesiones que pueden resultar de participar en clases de Yoga o en cualquier otra clase en Aum Home Shala ("Shala"). Siendo plenamente consciente de este riesgo, elijo voluntariamente participar en los programas de Shala y acepto todos los riesgos asociados con esa participación. En consideración de ser aceptado como un estudiante de Yoga, yo en mi propio nombre y en nombre de mis herederos, administradores, ejecutores y sucesores, por este medio, libero para siempre y no pacto con el Shala, sus funcionarios, directores, accionistas, empleados, voluntarios y todos los demás asociados al Shala, incluido Melinda Atkins, de toda responsabilidad por todos y cada uno de los daños y lesiones que pueda sufrir mientras estoy bajo la instrucción, supervisión o control del Shala. Por la presente, estoy totalmente de acuerdo en proporcionar individualmente todos los gastos médicos presentes y posibles futuros en los que pueda incurrir como resultado de cualquier lesión sufrida mientras participo en o para el Shala. He leído y entiendo este reconocimiento de políticas, riesgos y renuncia de responsabilidad y voluntariamente coloco mi nombre de acuerdo.

Nombre del estudiante (por favor imprimir)

Fecha

Firma del estudiante

Indemnización y no dañar: también aceptó INDEMNIZAR A DEFENDER Y Aum Home Shala, ("Shala"), sus funcionarios, directores, accionistas, empleados, voluntarios y todos los demás asociados con el Shala, incluido Melinda Atkins, inofensivo de todos y cada uno de los reclamos, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados, derivados o relacionados de alguna manera con mi participación en los programas, clases y eventos de Shala, excepto aquellos que surjan de la mala conducta intencional y / o negligencia grave de las partes mencionadas anteriormente, según corresponda.

He leído y entiendo este reconocimiento de políticas, indemnización y acuerdo inofensivo y voluntariamente coloco mi nombre en el acuerdo.

Nombre del estudiante (por favor imprimir)

Fecha

durante y siguiendo el protocolo (Firma)