



## Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan

906 W 2nd Street, Oakley, KS 67748

785-672-8167

### Registro de miembros

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (teléfono) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico

(opcional) Las direcciones de correo electrónico se pueden utilizar para ponerse en contacto con usted con recordatorios de pago

Tipo de membresía                      Soltero \_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_

**Parejas y membresías amigables, por favor enumere todos los nombres y fecha de nacimiento para ser incluidos en la membresía:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Por la presente me registro como miembro del Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan. Reconozco haber recibido una copia del Código de Conducta y acepto cumplirlo. Además, acepto pagar todas las cuotas mensuales vigentes siempre y cuando yo o cualquiera de mis otros familiares inmediatos conserve la membresía. Entiendo que mi membresía no es transferible y las cuotas están sujetas a cambios. Soy consciente y entiendo que soy responsable de monitorear mi propia condición a través del programa de ejercicios y si se presenta algún síntoma inusual, cesaré mi participación e informaré inmediatamente al personal del Centro de Bienestar o buscaré atención médica. Toda la información obtenida como resultado de mi utilización de esta instalación para participar en cualquier programa será tratada como privilegiada y confidencial. Esta información puede ser utilizada para fines de facturación, estadísticos o científicos con mi derecho de privacidad mencionado. En consideración de que el Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan acepte esta solicitud, libero y libero al Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan, sus empleados, todas y cada una de las personas relacionadas con la instalación de todos los derechos, reclamos, demandas y acciones de cualquier naturaleza por cualquier pérdida, daño, lesión sufrida por mí o mi propiedad.

Firma \_\_\_\_\_

Aceptado por \_\_\_\_\_

**Se insta a cualquier persona que compre membresía por primera vez a hacer una cita con nuestro personal para un Orientación e instrucción del equipo para ayudarlo a comenzar su viaje de acondicionamiento físico.**



## Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan

906 W 2nd Street, Oakley, KS 67748

785-672-8167

### CUESTIONARIO MÉDICO Y DE APTITUD FÍSICA

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

Sí No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos o pulmonares?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sentido con frecuencia alguna molestia o dolor en el pecho?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Generalmente experimenta mareos y / o desmayos?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene presión arterial alta?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma medicamentos para bajar la presión arterial?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Conoce algún problema de huesos, espalda o articulaciones que pueda agravarse con el ejercicio? (por ejemplo, artritis)                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido un episodio de asma inducida por el ejercicio, sibilancias severas, tos o dificultad respiratoria severa provocada por el ejercicio? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene diabetes?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es mayor de 65 años y no hace ejercicio regularmente?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay alguna razón por la que no debe hacer ejercicio? (por ejemplo, cirugía durante los últimos seis meses)<br>Por favor explique: _____                   |

*Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si respondí "Sí" a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente, se requiere autorización médica de mi médico. En tal caso, autorizo al Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan en el Hospital del Condado de Logan a comunicarse con mi proveedor para obtener una autorización médica, que me permitirá participar en ejercicios y / o un programa de acondicionamiento físico.*

Solicitante Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Si alguna pregunta fue respondida como SÍ, solicitaremos autorización médica de su proveedor de atención primaria.**

#### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Esto solo es necesario para las personas que responden "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores. Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la persona mencionada anteriormente no tiene ninguna contraindicación para participar en un programa de ejercicio y acondicionamiento físico.

Por favor imprima Proveedores Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Imprimir Name \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Ciudad/State \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Limitaciones (si las hubiera) \_\_\_\_\_



## Centro de Rehabilitación y Bienestar del Condado de Logan

906 W 2nd Street, Oakley, KS 67748

785-672-8167

### RENUNCIA A LOS MIEMBROS

¡POR FAVOR LEA ATENTAMENTE! ¡ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL, QUE AFECTA SUS DERECHOS LEGALES!

#### RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

#### ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO E INDEMNIZACIÓN

En consideración a que se le permita usar las instalaciones del Centro de Bienestar, incluido todo el equipo, declare y acuerde lo siguiente en mi nombre y en el de mis representantes personales, parientes más cercanos, herederos, albaceas, administradores, agentes y cesionarios:

1. Entiendo que cualquier ejercicio físico o actividad implica el riesgo de lesiones corporales, incluida la discapacidad permanente, la parálisis y la muerte. Entiendo que tal lesión puede ser causada por mis propias acciones o inacciones, o las acciones o inacciones de otros.
2. Estoy de acuerdo en participar en cualquier ejercicio físico o actividad y utilizar la instalación bajo mi propio riesgo. Esto incluye, pero no se limita a, lo siguiente: (a) mi uso del área de estacionamiento, acera, equipo y cualquier otro servicio en la instalación; (b) mi participación en cualquier actividad en la instalación; y (c) el uso de cualquier información, instrucción, consejo, ejemplo, dirección o sugerencia que reciba a través de cualquier medio mientras esté en las instalaciones de Fit for Life. Estoy de acuerdo en que estoy participando voluntariamente en estas actividades y utilizando las instalaciones, equipos y comodidades. Asumo todos los riesgos de lesiones, enfermedades, daños o pérdidas de cualquier tipo que resulten de tales actividades y usos, incluyendo, pero no limitado a, cualquier pérdida o robo de propiedad personal.
3. Acepto liberar y dar de alta a Logan County Hospital, (y sus afiliados, empleados, agentes, representantes, sucesores y cesionarios) en la máxima medida permitida por la ley, de todos y cada uno de los reclamos o causas de acción (conocidas o desconocidas) que surjan de cualquier negligencia por parte de LCH. Si, a pesar de este acuerdo, yo, o cualquier persona en mi nombre, hacemos un reclamo contra LCH, indemnizaré, salvaré y eximiré de responsabilidad a LCH de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados, pérdida, responsabilidad, daño o costo en el que LCH pueda incurrir como resultado de dicho reclamo.

He leído este acuerdo y entiendo completamente sus términos. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a este acuerdo, y todas esas preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que este acuerdo no puede modificarse oralmente. Entiendo que he renunciado a derechos sustanciales al firmar este acuerdo. He firmado este acuerdo libremente y sin ningún incentivo o garantía de ninguna naturaleza. Tengo la intención de que este acuerdo sea una liberación completa e incondicional de toda responsabilidad en la máxima medida permitida por la ley. Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este acuerdo se considera inválida, el saldo, no obstante, continuará en pleno vigor y efecto.

SIGNATURE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

IMPRESO NAME \_\_\_\_\_

TESTIGO SIGNATURE \_\_\_\_\_