



**Favor de llenar la hoja completamente antes de que participes en Yoga:**

Nombre\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_C.P.\_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (alternativo) \_\_\_\_\_

Correo-electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_

¿Has participado antes en Yoga? Si o No Si es Si, ¿cuando fue y cada cuantos días?\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna condición o restricción medica? Si No  
Si contestaste Si, por favor explica cual es\_\_\_\_\_

¿Que estas buscando obtener de la práctica de Yoga?\_\_\_\_\_

¿Te gustaría que incluyéramos tu correo electrónico en nuestra lista de comunicaciones? Si No

### **Responsabilidades en la Actividad de Yoga Santa**

Doy mi consentimiento como participante de las clases de Yoga y estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos que implican. Yo entiendo que Yoga santa no provee aseguranza médica relacionada a accidentes, lesiones, y/o muerte como resultado de las actividades relacionadas; y que no puedo hacer personalmente responsables a Yoga Santa o a sus maestros afiliados de ninguna responsabilidad.\_\_\_\_\_ (inicial).

Yo reconozco que cualquier forma de actividad física es potencialmente peligrosa, y que envuelven riesgos de posibles lesiones o hasta la muerte. Yo afirmo que estoy voluntariamente participando en estas actividades con el conocimiento del riesgo envuelto. Yo estoy de acuerdo expresadamente a asumir y aceptar cualquier y todos los riesgos de lesión y/o muerte\_\_\_\_\_ (inicial).

Yo misma afirmo que estoy físicamente sana y que no sufro de ninguna condición, alimenticia, de discapacidad, enfermedad, o de otra enfermedad que pudiera prevenir mi participación en las actividades de Yoga Santa, Yo declaro que he informado de todo mi historial médico a Yoga Santa y/o a sus afiliados relacionado a mi participación. \_\_\_\_\_ (inicial).

Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

