

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA
CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (CENPROS)**

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Solicito se me permita ser usuario del Centro de Promoción de la Salud (CENPROS) para hacer uso de sus instalaciones. Me comprometo a cumplir con todas las normas y reglas para la utilización de dichas instalaciones, y pagar cualquier objeto o material que rompa. Entiendo, además, que el no cumplir con las normas o reglas establecidas es razón suficiente para cancelar mi membresía.

De igual forma estoy consciente que ni la Universidad Ana G. Méndez, Recinto de Gurabo, el Departamento de Educación Física, CENPROS, ni sus asociados, son responsables por situaciones de salud que se presenten por razones de ejercitarme en las instalaciones deportivas. Es mi responsabilidad el hacerme un examen médico antes de proceder con un programa de ejercicios.

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Núm. de identificación: S_____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Trabajo: _____ Celular: _____

Año de estudio y concentración, u oficina: _____

Deporte si es atleta de la institución: _____

Correo electrónico: _____

Condición médica existente: _____

Persona a llamar en caso de emergencia y teléfono: _____

Fecha: _____ Firma del Solicitante: _____

Nota: La membresía es un privilegio, no un derecho. No se garantiza la otorgación de la membresía por el mero hecho de completar este documento.

USO OFICIAL
Núm. Permiso Fecha Expedición Expedido por:

NORMAS GENERALES

- *Completar la solicitud de membresía provista por la Coordinadora de CENPROS o su representante, donde deberá mostrar su matrícula oficializada y una identificación (estudiante).*
- *Deberá mostrar en recepción su tarjeta de identificación o número de identificación como método de registro de su entrada.*
- *Para proteger el bienestar y la seguridad, no se permitirá que los hijos o invitados de los usuarios utilicen las instalaciones.*
- *No se podrá acceder a las instalaciones con animales, excepto en el caso de que el animal debidamente entrenado, sea utilizado para proveer asistencia a un participante con discapacidad, según lo dispone la Ley 141 del 21 de diciembre de 1994.*
- *Presentar su toalla en la recepción al momento de registrarse. La misma debe ser **GRANDE**, la cual usará en los bancos y para secarlos una vez finalizado la utilización del equipo. Después de usar el equipo, deberá colocarlo en su sitio nuevamente.*
- *Usar tenis deportivos, camisa con mangas y pantalones deportivos, largos o cortos al muslo. **NO mahones, ni pantalones con bolsillos en la parte posterior.***
- ***NO** se permitirá la entrada de bultos, u otros artículos parecidos al área de las pesas.*
- *Observar conducta apropiada. Por favor, evite las tertulias y hablar en voz alta, **dedíquese de lleno a sus ejercicios***
- *No somos responsables por pérdidas de propiedad personal.*
- *No se permite fumar, ingerir alimentos o bebidas alcohólicas en las instalaciones.*
- ***Si no va a utilizar las instalaciones, por favor no interrumpa a los demás usuarios.***
- *Seguir las instrucciones o directrices del encargado de esta instalación.*
- *Los usuarios tienen que ser evaluados por el Coordinador a cargo del Centro, para que le recomiende planes de acondicionamiento.*
- *Es responsabilidad exclusiva de cada usuario el uso del centro y de sus equipos, asumiendo total responsabilidad por cualesquiera consecuencias que se deriven de dicho uso (los riesgos por exceso de esfuerzo), por lo que se recomienda contar con los exámenes médicos y demás cuidados que corresponda.*
- *Certifico haber leído y entendido las normas aquí descritas y me comprometo a llevarlas a cabo. A su vez entiendo que debo acatarme a cualquier decisión tomada hacia mi persona de no cumplir con las reglas.*

Firma de usuario

02/13/2019 - mils

Fecha



CUESTIONARIO DE PRERARACION PARA ACTIVIDAD FÍSICA (PAR-Q)

1. *¿Alguna vez le ha dicho su médico, que tiene una condición del corazón y sólo debe realizar actividades físicas recomendadas por un médico?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
2. *¿Siente dolor en su pecho al realizar actividades físicas?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
3. *En el pasado mes, ¿ha tenido dolor en el pecho aunque no realice actividades físicas?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
4. *¿Padece de alta presión o de enfermedades del corazón?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
5. *Actualmente, ¿le ha recetando su médico medicamentos para la alta presión o para enfermedades del corazón?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
6. *¿Pierde el balance por mareos o ha perdido el conocimiento?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
7. *¿Tiene algún problema de los huesos o de las articulaciones que puedan empeorar por un cambio en su actividad física?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
8. *Actualmente, ¿le está recetando su médico, medicamentos para su condición del corazón o alta presión?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*
9. *¿Sabe de alguna otra razón por la cual, no pueda realizar actividades físicas?*
 - a. *SI*
 - b. *NO*

*Si usted contestó **SI** a una o más preguntas, hable con un médico **ANTES** de comenzar una rutina de ejercicios o **ANTES** de realizar una prueba de aptitud física. Dígale al médico sobre este cuestionario y las preguntas que contestó **SI**. De haber contestado honestamente **NO** a todas las preguntas, puede estar seguro que puede:*

- *Comenzar una rutina de ejercicios – comience lentamente y aumente gradualmente. Esta es la forma más fácil y segura.*
- *Tomar parte en una prueba de aptitud física – esta es una forma excelente de determinar su condición física para que pueda planificar la mejor forma de estar físicamente activo.*

NOTA: *Si su estado de salud cambia y todas las preguntas son **SI**, consulte al profesional de la salud o consejero. Pregunte si debe cambiar su plan de actividad física.*

RELEVO

Yo, _____, usuario del Centro de Promoción de la Salud de la Universidad Ana G. Méndez, Recinto de Gurabo por el presente, relevo al Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), instituciones afiliadas, sucesoras, accionistas, directores, oficiales, empleados, supervisores, agentes representantes o cualquier otra persona o entidad en alguna manera relacionada con las entidades o personas mencionadas, incluyendo, pero no limitándose a aseguradoras, garantizadores, fiadores o sus representantes, de cualquier daño y/o toda obligación o deber que sugiera de mi uso y/o participación en el Centro de Promoción de la Salud de la Universidad Ana G. Méndez, Recinto de Gurabo, incluyendo, sin limitarse a, el uso de sus equipos y/o actividades que se realicen; reconociendo que la firma y aceptación de este Relevo equivale a la extinción, relevo y renuncia de cualquier reclamación o causa de acción o causa de acción instada o que pueda instar, con relación a mi participación y/o uso de las instalaciones del Centro de Promoción de la Salud de la Universidad Ana G. Méndez, Recinto de Gurabo. De igual forma certifico que **es mi responsabilidad el hacerme un examen médico antes de proceder con un programa de ejercicios.**

Acepto lo antes expuesto.

Nombre en letra de molde Estudiante y/o
Asociado

Mayra I. Luciano Sievens, M.Ed.
Coordinador CENPROS

Dr. Luis A. Mondríguez Torres
Director Departamento de Educación Física

Firma

Mayra I. Luciano Sievens
Firma

Luis A. Mondríguez Torres
Firma



CERTIFICACIÓN MÉDICA

*Certifico haber examinado al usuario _____
y hago constar que (el/la) mismo(a) está capacitado(a) físicamente para realizar actividades
físicas vigorosas.*

<i>Peso:</i>	<i>Estatura:</i>	
<i>Presión arterial:</i>	<i>Frecuencia cardiaca:</i>	<i>Respiración:</i>

Deformaciones: _____

Observaciones: _____

*Examinado y certificado en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____
de 20____.*

Nombre del médico

Firma del médico

Número de licencia

Fecha