POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®
POR UNA VIDA SALUDABLE
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

Certificación Médica para llevar a cabo un programa de ejercicio o deporte:

Fecha: _____

Estimado Dr. _____:

El (La) Sr.(a)_____, desea comenzar un programa de ejercicios y/o de deporte en nuestras instalaciones en YMCA San Juan. Después de revisar sus respuestas a nuestro cuestionario de monitoreo (Par Q), nos gustaría saber su opinión médica y recomendaciones relacionadas con su participación en actividades de ejercicios / deportes. Por favor bríndenos la siguiente información;

¿El Sr. / Sra. _____ está capacitado físicamente para participar de las sesiones de actividad física y ejercicios de uno o algunos de nuestros programas que se ofrecen en la YMCA San Juan?

Si ___ No ___
En caso de que responda "NO" por favor explique;
_____
_____
_____

¿Existen preocupaciones o condiciones específicas que nuestro personal deba conocer antes de que esta persona comience a realizar una actividad física / deporte en nuestras instalaciones?
S i ___ No ___

En caso de que responda afirmativamente, por favor explique;
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del Doctor Numero de licencia

NOTA: Este certificado es válido por un año desde la fecha que se firmó por el doctor. Si dentro de este periodo, el diagnóstico cambia es responsabilidad del participante / socio informar y renovar esta certificación.

YMCA DE SAN JUAN
800 Boulevard Sagrado Corazón Suite 2 Santurce, PR 00909
Tel. 787 .728.7200/ F. 787 982 3423/ email. www.ymcasanjuan.org

Confidencial

YMCA DE SAN JUAN
800 Boulevard Sagrado Corazón Suite 2 Santurce, PR 00909
Tel. 787 .728.7200/ F. 787 982 3423/ email.