



*Servicios de
Entrenamiento Personal*

Inscripción de Clientes

-Confidencial-

Resumen y Costos de Servicios de Entrenamiento Personal de Recreación de Commerce City

	Residente	No Residente
Sesiones Particulares Individuales de Una Hora		
1 Sesión (Solamente para Clientes que Regresan)	\$35	\$40
3 Sesiones	\$99	\$114
6 Sesiones	\$186	\$201
10 Sesiones	\$290	\$305
Sesiones Semi Particulares (2 personas)	Cada persona paga	Cada persona paga
3 Sesiones	\$81	\$96
6 Sesiones	\$150	\$165
10 Sesiones	\$230	\$245
Evaluaciones de Condición Física	\$25	\$30
Consultas de Condición Física	Gratis	Gratis
Composición Corporal	Gratis	Gratis
Orientación de la Sala de Pesas	Gratis	Gratis

* Todas las sesiones / servicios deben usarse dentro de los 6 meses posteriores a la compra. No se otorgan reembolsos debido al vencimiento de sesión.

Información de Entrenamiento Personal

Favor de Leer Cuidadosamente

Políticas de Servicios de Entrenamiento Personal

Para ayudar a que su experiencia sea positiva, le pedimos que observe las siguientes políticas:

1. El Paquete de Pago e Inscripción de Clientes debe completarse antes de que se le asigne un entrenador.
2. Los Entrenadores Personales no pueden aceptar pagos de sesión. Por favor, pague por las sesiones en el Mostrador de Entrada o de Inscripciones del Centro Recreativo. Los pagos también se pueden hacer por teléfono al llamar al (303) 289-3789. Usted obtendrá dos recibos al momento de hacer su pago, uno es suyo para que lo conserve, y el otro se lo debe entregar a su entrenador.
3. Todas las sesiones deben usarse dentro de los 6 meses posteriores a la compra.
4. Llame al Centro Recreativo de Commerce City al (303) 289-3760 si sabe que llegará tarde (los Entrenadores Personales esperarán 15 minutos y después usted perderá esa sesión programada). **Si usted llega tarde, la sesión solo durará hasta el final de la hora para la que se programó esa sesión.**
5. **Si es necesario, las sesiones deben reprogramarse con 24 horas de anticipación o se perderá la sesión (llame a su Entrenador o a la recepción del Centro Recreativo para dejar un mensaje para su Entrenador).**
6. Venga preparado para un entrenamiento intenso durante cada sesión; use zapatos atléticos y ropa deportiva; traiga una toalla y una botella de agua.

Las Evaluaciones de Condición Física son opcionales, pero altamente recomendadas para los nuevos clientes. La evaluación facilitará un punto de referencia acerca del peso, resistencia cardiovascular, resistencia muscular abdominal / de la parte superior del cuerpo y acerca de la fuerza de la parte inferior del cuerpo.

Normas de la Prueba Previa a las Evaluaciones de Condición Física

Para asegurar la mejor precisión posible de la evaluación de la condición física, por favor siga las normas que se encuentran a continuación.

1. No comer ni beber 4 horas antes de la prueba (si le es posible)
2. Por favor use ropa adecuada para la actividad física (se recomiendan pantalones cortos)
3. No hacer ejercicio 12 horas antes de la prueba
4. No consumir bebidas alcohólicas 48 horas antes de la prueba
5. No tomar medicamentos diuréticos 7 días antes de la prueba (si le es posible)

Información Personal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento / Edad: _____

Género: M F Estatura: _____ Peso: _____

Información Actual:

Dirección: _____ Teléfono Durante el Día: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Durante las Tardes: _____

Correo Electrónico: _____

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Cómo se enteró usted de los Servicios de Entrenamiento Personal de Commerce City?

_____ Folleto de Recreación _____ Volante de Recreación _____ Amigo
_____ Sitio Web de Recreación _____ De otra manera (favor explicar) _____

Preferencias y Disponibilidad de Entrenamiento:

Mi entrenador de preferencia es: _____

Me interesa comprar (circule una opción): 3 sesiones / 6 sesiones / 10 sesiones

Lugar de Entrenamiento: (circule una opción) Bison Ridge o bien Eagle Pointe

Por favor indique los días y los horarios en que está disponible y prefiere entrenar. (Por favor sea específico, entre más flexible sea su horario, más fácil será encontrarle un Entrenador).

Lunes: _____ Jueves: _____ Sábado: _____

Martes: _____ Viernes: _____ Domingo: _____

Miércoles: _____

Por favor indique sus niveles actuales de satisfacción:

	Muy Insatisfecho		Insatisfecho				Satisfecho			Muy Satisfecho	
Peso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Composición Corporal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nivel de Actividad Física	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Uso de Productos de Tabaco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Presión Arterial y Colesterol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fuerza Muscular y Resistencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Resistencia Cardiovascular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Niveles de Estrés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nutrición y Hábitos Alimenticios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Salud General y Estilo de Vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Qué metas le gustaría lograr al participar en los Servicios de Entrenamiento Personal? _____

Historial Personal e Información Médica Autoadministrada

Por favor indique si tiene en la actualidad o si alguna vez ha tenido un problema significativo con alguno de los síntomas o afecciones que se mencionan a continuación. Por favor lea las preguntas detenidamente y responda de manera honesta a cada una:

SÍ	NO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tiene una afección cardíaca y que solo debe hacer actividad física recomendada por un médico? 2. ¿Siente usted dolor en el pecho cuando hace actividad física? 3. Durante el mes pasado, ¿ha tenido usted dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividad física? 4. ¿Pierde usted el equilibrio por mareos, o alguna vez pierde usted el conocimiento? 5. ¿Tiene usted algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar por un cambio en su nivel de actividad física? 6. ¿Le tiene recetado en la actualidad su médico medicamentos (por ejemplo, diuréticos) para su presión arterial o afección cardíaca? 7. ¿Sabe usted de alguna otra razón por la que no debería hacer actividad física?
----	----	--

* **Nota:** Si usted respondió "sí" a una o más de las preguntas anteriores, o si la información de historial saludable a continuación lo indica, *es posible que usted deba obtener autorización médica antes de participar en los servicios de Entrenamiento Personal*. Su seguridad, al volverse más activo físicamente, es nuestro principal interés.

¿Alguna vez ha tenido usted?	SÍ	No	En caso afirmativo, por favor indique la fecha más reciente en que se realizó la prueba.	¿Alto(a) más de una vez? SÍ o No
Alta Presión Arterial				
Nivel Alto de Glucosa en la Sangre				
Alto Colesterol				
¿Alguna vez ha tenido usted?	Comentarios / Explicación:			
Problemas Cardíacos (soplos, palpitaciones, etc.)				
Aterosclerosis				
Asma				
Diabetes				
Cáncer				
Derrame cerebral				
Enfermedad Pulmonar, Renal, Tiroidea o Hepática				
Fatiga Crónica				
Hipoglucemia / Bajo Nivel de Azúcar en la Sangre				
Artritis o Condición Reumática				
Lesión Ósea, Articular o Muscular				
Dolor de Cuello / Hombro / Espalda				
Dolor / Molestias de Pecho				
Falta de aliento ... en reposo				
al hacer ejercicio				
al dormir				
Hepatitis u Otra Afección Sanguínea				
Mareos / Aturdimiento / Desmayo				
Epilepsia				
Trastorno de Alimentación				
Edema (hinchazón)				
Dolor / Molestia en las Articulaciones de Manera Continua				
Otra(o):				

Por favor indique toda inquietud / condición médica que pueda limitar su capacidad de participar en los servicios de Entrenamiento Personal (embarazo, discapacidad, etc.):

Por favor indique todas las alergias conocidas (ambientales, de medicamentos, de alimentos, etc.):

Por favor indique los medicamentos actuales, incluyendo medicamentos disponibles sin receta médica, recetados, etc. que pueden afectar la respuesta de su cuerpo al ejercicio.

Medicamento	Dosis	¿Para qué?

Hábitos Personales:

1. ¿Toma usted alguna vitamina o suplemento dietético de manera regular? sí no ¿Qué? _____
2. ¿Está usted en la actualidad bajo alguna dieta especial o bajo restricciones dietéticas? sí no
3. ¿Piensa usted que tiene sobrepeso / falta de peso? sí no En caso afirmativo (círculo la opción correcta) falta de peso sobrepeso
4. ¿Usa usted en la actualidad productos de tabaco? sí no En caso afirmativo, ¿qué productos? _____

Historial de Ejercicios y Actitud:

1. ¿Se ha involucrado usted en una rutina de ejercicio aeróbico regular (actividad moderada y continua durante por lo menos 15-20 minutos de duración, por lo menos 3 días a la semana)? sí no
 En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo y qué actividades? _____
 En caso negativo, ¿cuándo fue la última vez que usted recuerda haber estado activo durante por lo menos 20 minutos? ¿Qué actividad hacía usted?

2. ¿Está usted actualmente involucrado en un programa de entrenamiento y de acondicionamiento con pesas? sí no
 Min / Día _____ Días / Semana _____
 En caso afirmativo, por favor explique / resuma su programa actual (ejercicios, pesas libres, metas, etc.)

3. Marque las actividades que usted consideraría llevar a cabo, y marque con un círculo las actividades que usted considera "divertidas".
 Caminatas Remo Clases Grupales de Ejercicio Fortalecimiento Muscular
 Ejercicios de Atletismo
 Natación Trotar Ciclismo Máquinas de Cardio
 ¿Otras actividades que le interesan? _____

4. ¿Cuánto tiempo planea usted dedicar a un régimen de ejercicios?
Durante su propio tiempo: días / semana minutos/día
Con la ayuda de un Entrenador: días / semana (No corresponde para QuickStarts y para Evaluaciones de Condición Física)

Confidencialidad del Cliente

La información no se deberá divulgar sin el permiso del individuo, excepto en situaciones de emergencia. Toda la información con respecto a su evaluación de condición física, programa y progreso se mantendrá confidencial y permanecerá en los archivos del departamento de Recreación de Commerce City durante 4 años después del cese de su participación en el programa.

La evaluación periódica del rendimiento de su Entrenador y de su progreso se completará mediante comunicación escrita y verbal con su Entrenador y con nuestro personal de acondicionamiento físico. Si usted tiene algún comentario acerca de su Entrenador o del programa, por favor comuníquese con el Coordinador de Acondicionamiento Físico y Bienestar (Coordinator of Fitness and Wellness), al (303) 289-3762.



Consentimiento Informado

Yo, _____, entiendo que la participación en actividades y servicios de recreación puede representar un elemento de riesgo o peligro inherente y que los usuarios se responsabilizan por sus acciones y condición física. Los usuarios acuerdan mantener indemne y eximir de responsabilidad a la Ciudad de Commerce City, y a sus empleados y agentes por cualquier responsabilidad, pérdida, costo o gasto (incluyendo los honorarios de abogados, gastos médicos, de ambulancia) en los que los usuarios pueden incurrir mientras participan en cualquier actividad del departamento de Parques y Recreación.

Antes de reunirme con un Entrenador Personal de la Ciudad de Commerce City, antes de participar en pruebas de aptitud física o antes de participar en un programa de entrenamiento; yo certifico que he respondido todas las preguntas acerca de la salud y estado físico con honestidad y a mi leal saber y entender. Entiendo la importancia de presentar respuestas completas y precisas. Reconozco que, si no lo hago, podría sufrir posibles lesiones innecesarias durante las pruebas de aptitud física y / o los programas de ejercicio. Entiendo que es posible que deba presentar una autorización médica de parte de mi médico antes de participar en cualquier Entrenamiento Personal o servicios de acondicionamiento físico de Commerce City.

La Ciudad de Commerce City utiliza folletos, volantes y anuncios en periódicos para comercializar programas y eventos. Commerce City se reserva el derecho de usar fotografías, grabaciones de video y / o imágenes de cualquier persona en cualquier actividad en publicaciones presentes y / o futuras.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de Tutor Legal: _____ Fecha: _____

(Obligatorio si el participante es menor de 18 años)

Términos y Condiciones

Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas y procedimientos de Entrenamiento Personal de Recreación de Commerce City.

Escriba sus Iniciales

_____ Se debe hacer el pago completo en el momento de inscribirse, y el Entrenador Personal no puede aceptar el pago.

_____ Reconozco que los pagos por servicios no son reembolsables, no son transferibles y que los créditos por sesiones de una hora vencen dentro de los seis meses posteriores a la fecha de compra.

_____ Si necesito cancelar una cita, debo llamar al Centro Recreativo o bien a mi Entrenador Personal por lo menos 24 horas antes de mi sesión / cita programada, si no llamo 24 horas antes, esa sesión se perderá.

_____ Si llego tarde, mi Entrenador Personal no esperará más de 15 minutos, y después se perderá esa sesión programada. Si llego tarde, la sesión solo durará hasta el final de la hora para la que se programó esa sesión.

_____ Estoy plenamente enterado de que si cancelo / reprogramo constantemente mis sesiones de entrenamiento, mi Entrenador Personal tiene el derecho de retirarme de su lista de clientes y que perderé las sesiones de entrenamiento restantes.

_____ Si mi estado de salud cambia después de completar el paquete de registro, informaré a mi entrenador personal inmediatamente. Entiendo que es posible que deba obtener la autorización del médico antes de continuar con las sesiones de entrenamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de Tutor Legal: _____ Fecha: _____

(Obligatorio si el participante es menor de 18 años)