



TARJETA DE REGISTRO

NOMBRE (S): _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO _____ CASADO _____ OTRO _____

TIENE HIJOS: NO _____ SI _____ ¿CUANTOS? _____ ¿DE QUE? _____

EDADES? _____

_____ DOMICILIO _____

CALLE: _____ NUM. EXT _____ NUM. INT _____

COLONIA _____ C.P. _____ CIUDAD _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

E-MAIL _____

1. ¿ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? NO _____ SI _____

2. ¿A QUE? _____

3. ¿PADECE DE ALGÚN PROBLEMA CARDIACO (HIPERTENSION)?

PRESION ALTA _____ PRESION BAJA _____

4. ¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN O FRACTURA? NO _____ SI _____

5. ¿DÓNDE? _____

6. ¿PRACTICABA ALGÚN DEPORTE ANTERIORMENTE? NO _____ SI _____

7. ¿CUÁL Y EN DONDE? _____

8. ¿SABE EN QUE CONSISTE EL DEPORTE DEL MUAY THAI? NO _____ SI _____

9. ¿LE INTERESA EL MUAY THAI SOLO POR CONDICIÓN FÍSICA O DE MANERA PROFESIONAL?

10. ¿POR CUÁL MEDIO SE ENTERO DE MUAY THAI CLUB?

PERIODICO _____ REVISTA _____ RADIO _____ INTERNET _____ AMIGOS/FAMILIARES _____

OTROS ¿CUÁL? _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA LLAMAR A: _____

PARENTESCO _____ TELÉFONO _____

