

FORMATO DE REGISTRO

Fecha:

Nombre Completo:

Nombre Preferido:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

Email:

Fecha de Nacimiento:

Estado general de salud:

Indícanos si tomas algún medicamento:

Indícanos si tienes algún padecimiento o lesión que debemos conocer:

¿Alguna vez has practicado Yoga? ¿Qué tipo?

¿Cómo supiste acerca de nosotros?

Contacto de Emergencia:

Parentesco:

Teléfono Celular:

Firma