

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE EJERCICIO

Las actividades incluidas en el Programa de Ejercicios y Actividades Físicas que ofrece el Centro Kine-Terapéutico del Caribe, serán:

1. Ejercicios calisténicos
2. Ejercicios de estiramiento
3. Ejercicios de relajamiento
4. Ejercicios de relajamiento
5. Ejercicios aeróbicos o cardiovasculares
6. Ejercicios funcionales

Estos ejercicios serán supervisados por un especialista del ejercicio certificado (especialista del ejercicio clínico certificado, fisiólogo del ejercicio clínico certificado, o un entrenador personal certificado, con experiencia clínica). Tal programa está dirigido a mejorar la aptitud física, particularmente las capacidades funcionales de los participantes.

El tipo y la intensidad de los ejercicios dependerán de su nivel inicial de aptitud física y de sus resultados en las evaluaciones médicas y pruebas de laboratorio. La prescripción de ejercicio variará a través del programa, dependiendo de cómo su cuerpo responda al ejercicio. La prescripción se hará en forma individualizada, de manera que responda a sus necesidades específicas.

Usted deberá informar su frecuencia cardiaca (pulso) antes, durante y después del ejercicio a la persona encargada de registrarla. Su presión arterial, o electrocardiograma, será obtenido cuando estas medidas se requieran.

El ejercicio podría producir efectos negativos, como respuestas anormales en la presión arterial, frecuencia cardiaca irregular o inefectiva, y en muy raras ocasiones, ataques del corazón. Además, el ejercicio podría producir dolores musculares y, en algunos casos, problemas ortopédicos, y otros.

Los ejercicios del programa están diseñados para estimular gradualmente los sistemas cardiovasculares y musculoesqueléticos, buscando así mejorar su funcionamiento. Sin embargo, aunque estudios científicos indican que la capacidad funcional mejora con el ejercicio, no podemos asegurarle que esto ocurrirá en su caso. Por el otro lado, los datos que obtengamos sobre su respuesta al ejercicio servirá de directriz para evaluar el tipo de ejercicio en que usted puede involucrarse.

Es indispensable que usted siga su prescripción de ejercicio rigurosamente y cumpla con nuestro horario. Será su responsabilidad el informar síntomas o signos de respuestas anormales al ejercicio físico y otro personal presente en las sesiones de ejercicio. Nunca deberá ejercitarse cuando se sienta mal o antes de 3 horas después de comer. No se ejercite si ha ingerido bebidas alcohólicas. No use agua muy caliente después del ejercicio para bañarse. No haga ejercicio de fuerza isométrica (estática), ni aguante la respiración durante cualquiera de los ejercicios.

Si usted observa algún síntoma o signo de respuesta inadecuada al ejercicio en algún compañero deberá informarlo inmediatamente a los supervisores. Firme la hoja de salida al terminar la sesión de ejercicio. Desde entonces, estará a su propio riesgo. Queremos enfatizar que si usted abandona en algún momento las instalaciones físicas donde se conduce el programa de ejercicio, estará a su propio riesgo, y deberá informarlo a la persona encargada. La información obtenida en el programa de ejercicio será tratada en forma confidencial y no será revelada sin el

consentimiento escrito del participante. Los datos podrán ser utilizados para análisis estadísticos y estudios, siempre y cuando se respete el derecho de privacidad y nunca se identifique el cliente con los datos.

Debemos aclarar cualquier duda sobre el Programa de Ejercicios y Actividades Físicas, y las que surjan de la lectura de esta hoja de consentimiento. Por eso le exhortamos que nos presente sus preguntas.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin tener perjuicio o penalidad contra su persona.

Certifico que he leído y comprendido lo escrito en esta hoja de consentimiento y que mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria. Por lo tanto, acepto mi participación y seguir las reglas del programa de ejercicios del Centro Kine-Terapéutico del Caribe.

FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

Yo, _____ mayor de edad certifico que no conozco ninguna razón de salud por la cual mi hijo(a) no pueda participar en el Programa de Ejercicios y Actividades Físicas a llevarse a cabo en las instalaciones físicas del Centro Kine-Terapéutico del Caribe. Por la presente, asumo responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que mi hijo menor _____ pueda sufrir como participante en el Programa de Ejercicios y Actividades Físicas que se describe en esta hoja, y le autorizo a participar en la misma.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre del Cliente
(En letra de molde)

Firma

Fecha

Nombre del Testigo
(En letra de molde)

Firma

Fecha