



Cuestionario de salud:

Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor describalas en una página aparte si es necesario. Además de este formulario, es posible que se le pida que proporcione a KRI un certificado médico.

¿Está actualmente bajo tratamiento médico por alguna razón física y/o psicológica? ___ Sí ___ No.

Si la respuesta es Sí, por favor describa: _____

¿En los últimos cinco años? ___ Sí ___ No.

Si la respuesta es Sí, por favor describa: _____

¿Tiene un diagnóstico médico? Si es así, explique:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por causa psiquiátrica? ___ Sí ___ No.

Si la respuesta es Sí, por favor describa:

¿Tiene alguna limitación o discapacidad física crónica? ___ Sí ___ No.

Si la respuesta es Sí, por favor describa:

¿Está actualmente embarazada o está tratando de quedar embarazada? ___ Si ___ No.

¿Ha tenido una enfermedad grave o una cirugía mayor en los últimos cinco años? ___ Si ___ No.

En caso afirmativo, por favor describa:

¿Tiene alguna enfermedad contagiosa? ___ Sí ___ No.

Si la respuesta es Sí, por favor describa: _____

¿Se está recuperando de una adicción a las drogas/alcohol? _____



Kundalini Research Institute

Kundalini Yoga as taught by Yogi Bhajan®

www.KundaliniResearchInstitute.org

Mail: KRI, c/o Level Three
PO Box 1819, Santa Cruz, NM 87567, USA
Email: levelthree@kriteachings.org

¿Si la respuesta es sí, cuántos años en recuperación? _____

Describa su consumo semanal de alcohol/drogas: _____

¿Fuma? Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Si usted fuma, ¿tiene la intención de dejar de fumar antes de asistir al curso? ___ Sí ___ No.

¿Está tomando algún medicamento en este momento? Si es así, explique:

¿En qué tipo de ejercicio o actividades físicas participa y con qué frecuencia?

¿Tiene alguna restricción médica que le impida participar en el Programa de Formación de

Maestros? Si es así, explique: _____

Descarga completa y aceptación de los términos:

KRI debe poder confiar en la exactitud y exhaustividad de la información proporcionada por el solicitante. La información proporcionada es tratada como confidencial y revelada sólo a aquellos que tienen una necesidad legítima de saber para administrar o impartir la formación. Por lo tanto, todos los solicitantes de registro deben responder a todas las preguntas de manera completa y veraz. Al firmar a continuación, afirmo que la información proporcionada en los Cuestionarios de Salud es, a mi leal saber y entender, verdadera y completa. Entiendo que proporcionar información inexacta, incompleta o engañosa será motivo de rechazo de mi solicitud, de que se me pida que abandone el programa antes de completarlo, o de que se me revoque la certificación después de completarlo. Si tengo que dejar el programa debido a una consideración de salud, continuar en otra sesión queda a discreción de KRI. Estoy de acuerdo en comentar cualquier restricción de salud, preguntas o inquietudes con KRI antes del Curso

Escriba Nombre Legal completo

Escriba Nombre Espiritual

Firma Nombre Legal

Fecha