



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Servicio de entrenamiento MYTRAINER

### IMPORTANTE

MYTRAINER ofrece servicios en la práctica de actividad física y ejercicio individualizado, para esto dispone de programas asesorados con profesionales idóneos, que guían estas prácticas con el fin de brindar seguridad y comodidad a los suscritos. Cualquier actividad física conlleva beneficios y algunos riesgos, principalmente de lesiones óseas y musculares, y en forma más atípica problemas cardíacos como infartos, arritmias y la muerte súbita. Con el fin de minimizar al máximo los riesgos y potencializar los beneficios del ejercicio físico, MYTRAINER como centro de mejora del bienestar físico y crecimiento personal, cuenta con la dirección y acompañamiento de profesionales en el área de psicología, asesoría nutricional y entrenamiento individualizado según aptitud física del inscrito en nuestros programas. MYTRAINER no realiza evaluaciones y/o intervenciones frente a trastornos o enfermedades psicológicas, si bien cuenta con el acompañamiento de profesionales en esta área, la asesoría se enfoca en el entrenamiento de habilidades psicológicas que permiten el cumplimiento de los objetivos propuestos. MYTRAINER, no se hace responsable por los accidentes o enfermedades derivados de la omisión de las recomendaciones realizadas por el equipo interdisciplinario de profesionales en la práctica de la actividad física y mental, responsabilidad que es asumida en su totalidad por el inscrito. MYTRAINER no recomienda ni permite la distribución de ningún tipo de productos energéticos o estimulantes ya que su consumo es asimilado de manera diferente por los organismos y en algunas personas genera descompensaciones o efectos colaterales. Por lo tanto, MYTRAINER no se hace responsable por efectos que el usuario presente dentro de la realización de los programas, si este está bajo la influencia de estas sustancias. En forma libre y voluntaria yo, como aparezco identificado al pie de este documento, declaro y certifico que entiendo que la actividad física que practico implica la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos, según fui informado en detalle por parte de MYTRAINER. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante la actividad y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al máximo posible y es mi obligación informar inmediatamente al personal asistencial o de profesores sobre dolor, incomodidad, fatiga u otro síntoma que considere que pueda afectar mi salud o la ponga en riesgo, los mismos que puedan presentarse antes, durante y después de mi participación en cualquiera de las actividades y servicios ofrecidos por MYTRAINER. Exonero de toda responsabilidad a MYTRAINER, por cualquier situación desencadenada por el NO cumplimiento de la instrucción que me fue dada. Declaro que he leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo en su totalidad, que la información que diligencio, es veraz y que toda omisión de parte del usuario puede constituir un atentado contra su integridad personal, exonerando desde ya de toda responsabilidad a MYTRAINER.

Declaro que he recibido la suficiente información sobre los beneficios y la naturaleza de los procedimientos, así como de los riesgos ocasionados por incumplimiento de las recomendaciones del equipo de capacitadores y los promotores de Salud.

Declaro que se han satisfecho todos los interrogantes, por lo que se libera de toda responsabilidad a MYTRAINER, por las consecuencias derivadas de negligencia, imprudencia, impericia, desacato u omisión por parte del usuario hacia las recomendaciones del equipo asesor, así como aquellas consecuencias propias de imprevistos y azar.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FISICA SEGURA  
LIFE 3 POINT**

Para poder aumentar el nivel de actividad física o realizar esfuerzo físico mayor del que habitualmente realiza en su vida diaria, es recomendable que responda las siguientes siete preguntas (SI o NO) en forma responsable y consciente. Luego, siga las instrucciones que se dan al final del cuestionario.

PREGUNTA	SI	NO
¿Alguna vez el médico le ha dicho que Ud. tiene un problema cardíaco y que por eso sólo debería realizar actividad física recomendada por él?		
¿Cuándo hace actividad física siente dolor en el pecho?		
¿En el último mes y estando en reposo, ha sentido dolor en el pecho?		
¿Pierde el equilibrio por mareos o vértigo, o alguna vez ha perdido el conocimiento?		
¿Tiene un problema óseo o articular que pudiera empeorar por un aumento en su actividad física habitual?		
¿Actualmente el médico le está prescribiendo medicamentos (por ejemplo diuréticos) para su presión arterial o para su corazón?		
¿Conoce alguna otra razón por la cual no debería hacer actividad física?		

Si respondió **SI** a al menos una de las preguntas, debe consultar al médico (de su EPS, IPS, ARS; ARP, Caja de Previsión o medicina prepagada) para que él decida si la actividad física que piensa realizar es segura para su salud; en este caso su compromiso es entregar a alguno de los instructores del programa según sea el caso la certificación con el concepto del médico tratante.

Si respondió **NO** a todas las preguntas, puede empezar a realizar más actividad física de la que habitualmente hace, lo cual será seguro para su salud siempre y cuando lo realice de manera progresiva. Si su estado de salud cambia durante el programa deberá reportarlo a los instructores de manera inmediata y urgente.

**CUESTIONARIO DE FLEXIBILIDAD PSICOLOGICA  
LIFE 3 POINT**

A continuación, encontrará una lista de preguntas. Por favor indique qué tan frecuente es su forma de reaccionar marcando con una (X) en la respuesta que considere adecuada (siempre, algunas veces, o nunca). Responda con sinceridad a cada una de ellas, las respuestas nos permitirán identificar el punto de partida en el entrenamiento de habilidades psicológicas.

PREGUNTA	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
¿Es fácil para usted adaptarse a cambios que se presentan en su vida?			
¿Puede recordar algo desagradable sin que esto le cause molestias?			
¿Considera que la mayoría de la gente maneja la vida mejor que usted?			
¿Evita o escapa a pensamientos o emociones que le generan malestar?			
¿Sus preocupaciones diarias evitan que usted pueda cumplir sus metas o propósitos?			
¿Disfruta su vida a pesar de sus pensamientos y sentimientos desagradables?			
¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?	Si ____ No ____ Motivo:		
Describe brevemente que espera encontrar en MYTRAINER			

Yo, \_\_\_\_\_, con mi firma CERTIFICO que he leído y comprendido completa y correctamente el cuestionario y mis respuestas son ciertas y apegadas a la verdad.

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre completo del usuario

\_\_\_\_\_  
Fecha de diligenciamiento

