

Matrícula: _____

Fecha del curso: _____

Status de pago: _____

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____ Nombre(s): _____

Nombre en mi gafete: _____ Be one: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P. _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Teléfono oficina: _____ e-mail: _____

Ocupación: _____ Empresa donde labora: _____

Quién te invito al curso: _____ Be GAP: _____ Teléfono: _____

Deseo que mi llamada de preparación sea el día _____ del mes _____

de 9:00 a 14:00 hrs. _____ o de 16:00 a 20:00 hrs. _____ al teléfono: _____

Horarios del Be two:

Miércoles	de 12:00 pm a 1:00 am
Jueves	de 12:00 pm a 1:00 am
Viernes	de 12:00 pm a 1:00 am
Sábado	de 11:00 am a 1:00 am
Domingo	de 10:00 am a 7:00 pm
Martes	7:30 pm Inscripción a GAP

*Todos los horarios de salida son aproximados.

DATOS DE FACTURACIÓN:

Para emitir la factura correspondiente, se requiere documento original del pago (depoósito, transferencia, etc.)

Razón social: _____

R.F.C.: _____

Domicilio fiscal: _____

e-mail: _____

Mi firma expresa mi intención de participar en el curso con la fecha indicada así como los Datos de Facturación.
Así mismo, declaro que he leído las reglas de participación y tengo conocimiento del Aviso de Privacidad.

FIRMA ORIGINAL

CUESTIONARIO MÉDICO

Toda la información solicitada en este formato se encuentra protegida por el secreto profesional. Será utilizado por su instructor y personal autorizado. Sea específico y explícito al responder estas preguntas. Indique con una (X u O) y especifique en los casos requeridos.

1. ¿Es usted mayor de 18 años? SÍ NO
2. Cuántas horas de descanso tiene usted normalmente al día?
Menos de 6 horas 6-7 horas 7-8 horas 8-9 horas Más de 9 horas
3. En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada? SÍ NO
4. ¿Tiene antecedentes de algún tipo de adicción? (alcoholismo, drogadicción) SÍ NO
¿Cuál?, ¿En qué año? _____
5. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas? SÍ NO
Especifique: ¿Cuáles y qué tipo? _____
6. ¿Toma algún medicamento que altere su conducta habitual? SÍ NO
(somníferos, tranquilizantes, neurolépticos)
¿Cuáles? _____
7. ¿Está bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico? SÍ NO
En caso afirmativo su psiquiatra o psicólogo requiere autorizar su estadía en el "Be two"
con un formato designado por la coordinación de "Be two".
8. ¿Ha tenido pérdida de conocimiento, descontrol o desmayos? SÍ NO
Especifique: ¿Qué? ¿Cuándo? _____
9. Ha tenido fantasías de suicidio o intento de suicidio? SÍ NO
Especifique: ¿Qué? ¿Cuándo? _____
10. Por favor, relate información que usted crea importante, como: fobias, muertes, violaciones, abandonos,
personalidad múltiple, castigos, cárcel, etc.

DATOS DE CONTACTO, EN CASO DE EMERGENCIA

1. Nombre _____ Teléfono: _____
2. Nombre _____ Teléfono: _____

Por lo anterior declaro que:

- Soy mayor de 18 años. - He leído este documento cuidadosamente. - He respondido las preguntas honestamente. - Asumo total responsabilidad de tomar el Be two. - Mi intención es participar en el curso la fecha indicada y reservar mi lugar. - Tomo conocimiento de que estar en lista de espera no asegura mi lugar. - Tomo conocimiento de que el pago es intransferible. - No tengo ningún impedimento legal, médico ni psicológico que me impida participar en el Be two. - Al firmar este documento, usted asume la responsabilidad absoluta de su bienestar físico y libera a Beyond the limits de cualquier acción legal. - He leído y comprendo el Aviso de Privacidad que se encuentra en la página www.beyondthelimits.com.mx. - Durante el transcurso del entrenamiento los instructores se reservan el derecho de excluir a personas, por cualquier motivo que los mismos determinen necesario. En dicho caso, Beyond the limits no hará devolución del dinero pagado por el participante para tomar el curso.

NOMBRE Y FIRMA