****

# CURSO PRE -CONGRESO

**“CURSO INTENSIVO DE SUELO PÉLVICO Y EJERCICIO HIPOPRESIVO POST-PARTO”**

**Fecha:** 3 de mayo de 2018 HOTEL CASINO CATAMARCA

**Horario:** de 15 a 19 hs

**Autoridades del Curso Pre- Congreso**

Directoras: Lic. Obst. Andrea Romero- Lic. Obst. Lucrecia Fiuri

Coordinadora: Lic. Obst. Dupontierè Claudia

Secretaria: Lic. Obst. Vilma Vergara

Docente a cargo: Mgter Lic. Obst. Ana Verónica Reinoso. Instructora de Yoga. Instructora Fitness para Embarazo y Recuperación Post Parto. Couch internacional Certificada LPF® (Low Pressure Fitness). Entrenamiento Hipopresivo y Respiratorio.

# PROGRAMA

15 a 15.30 hs: Acreditaciones.

15.30 hs: Palabras de Bienvenida.

**Módulo 1:**

15.40-16.10: Disfunciones. Prevención, Rehabilitación y Recuperación.

16.10- 16.40: Método Hipopresivo. Entrenamiento Respiratorio.

16.40-16.55: Discusión y preguntas.

**Coffee Break**

**Módulo 2:**

17.15-17.45: Cambio de Paradigma en la Enseñanza del Pujo.

17.45-18.15: Actividad Física en el Embarazo y Post-parto con énfasis en el Cuidado del Suelo Pélvico.

18.15-18.30: Discusión y preguntas.

18.30: Cierre del Pre-Congreso

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El Curso Pre Congreso tiene cupos limitados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de Documento: DNI Número de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono Particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alumna de Obstetricia: Si/No**

**Título Universitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Año de Egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Filial de FORA que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# ARANCEL:

# SOCIOS: $800 NO SOCIOS: $1000

MEDIOS DE PAGO: **Depósito o Transferencia Bancaria a:**

**BANCO DE LA NACION ARGENTINA**

**Sucursal Villa Crespo**

**FEDERACIÓN DE OBSTÉTRICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

**Cuenta Corriente N°: 0230000556**

**C.U.I.T: 30661242325**

**C.B.U: 0110023520002300005563**

# NOTA:

**Envíe su ficha de inscripción junto a una copia del comprobante de pago a** [**congreso@fora-obstetricas.org**](mailto:congreso@fora-obstetricas.org) **con el asunto "Pago Curso Intensivo " consignando el nombre del asistente.**