

Low Pressure Fitness



ENTRENAMIENTO PERSONAL CUESTIONARIO MÉDICO Y HÁBITOS DE VIDA

Nombre		Fecha	
E-mail:			

Le rogamos responda a todas las preguntas de forma sincera y clara, señalando la respuesta o respuestas que se correspondan con usted. Le aseguramos la total confidencialidad de sus datos aportados.

DATOS PERSONALES

1-

DNI		SEXO	
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO			
C.P.	POBLACIÓN	CIUDAD	
TELÉFONO (CASA)		TELÉFONO (TRABAJO)	
PROFESIÓN		LUGAR DE TRABAJO	
HORARIO DE TRABAJO		HORAS TRABAJO SEMANAL	

DATOS FÍSICOS

2-

ALTURA	_____cm	PESO ACTUAL	_____Kg	PESO 1 AÑO ATRÁS	_____Kg
EL MÁXIMO QUE PESÓ	_____Kg	MENOR PESO DESPUÉS DE LOS 20	_____Kg		
EDAD CON LA QUE TUVO EXCESO DE PESO					

DATOS MÉDICOS

3-¿Está tomando en la actualidad algún tipo de medicamento?

☐ Si En caso afirmativo especificar qué medicamento: _____

☐ No

4-¿Padece en la actualidad o ha padecido en el pasado?:

- Problemas de corazón

☐ Si

☐ No

- Hipertensión

☐ Si Alta _____ Baja _____

☐ No

☐ No se

- Alguna enfermedad crónica

☐ Si

☐ No

- Algún problema con el ejercicio físico

Low Pressure Fitness



- ☐ Si
- ☐ No

- Recomendación médica de no realizar ejercicio físico

- ☐ Si
- ☐ No

- Alguna operación durante el último año

- ☐ Si
- ☐ No

- Embarazo en la actualidad o en los últimos 3 meses

- ☐ Si
- ☐ No

- Problemas respiratorios o pulmonares

- ☐ Si
- ☐ No

- Problemas musculares, articulares o dolor de espalda

- ☐ Si
- ☐ No

- Diabetes u otras alteraciones hormonales

- ☐ Si
- ☐ No

- Hipercolesterolemia

- ☐ Si
- ☐ No

- Hernias u otras afecciones que puedan verse agravadas por el trabajo con pesas

- ☐ Si
- ☐ No

- ¿Sabe su médico que va a iniciar este programa de ejercicio físico?

- ☐ Si
- ☐ No

5- ¿Fuma? Si es el caso, ¿cuántos cigarrillos fuma diariamente? _____

6- ¿Es alérgico a algún alimento?

- ☐ Si ¿Cuál/es? _____

Low Pressure Fitness



☐ No

7-¿Cuántas veces hizo régimen alimenticio?

Nunca		Algunas veces	
Raramente		Con frecuencia	
Siempre			

8-Algunas personas tienen que controlar sistemáticamente lo que comen para vigilar su peso, otras comen todo lo que quieren y su peso es adecuado, otras tienen que comer más de lo que desean para que su peso aumente. ¿Cual es su caso?

Como mucho más de lo que deseo		Como menos de lo que deseo	
Como más de lo que deseo		Como mucho menos de lo que deseo	
Como lo que deseo			

9-¿Su funcionamiento intestinal es?

Irregular		Regular	
-----------	--	---------	--

10- ¿Usa laxantes?

Si		No	
----	--	----	--

11- ¿Usa diuréticos?

Si		No	
----	--	----	--

HISTORIA FAMILIAR

12- Complete los cuadros:

	PADRE	MADRE
EDAD (si está vivo)		
EDAD EN QUE FALLECIÓ		
CAUSA DE LA MUERTE		

13- Complete señalando la enfermedad con M (madre) y/o P (padre) si es el caso. Debe apuntar siempre el año en que sucedió el diagnóstico clínico.

	No	Si	Año
Enfermedad coronaria			
Hipertensión			
E. cerebro-vascular			

14- ¿Que miembros de su familia tienen exceso de peso?

Padre		Padre y Madre	
Madre		Nadie	

Low Pressure Fitness



ASPECTOS PSICOSOCIALES

15- Marque con X lo que mejor caracteriza su estado con respecto a cada ítem.

	Casi nada	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Mucho
Deprimido					
Irritado/enfadado					
Tenso, ansioso o angustiado					
Bajo estrés/presión en el trabajo					
Bajo estrés/presión en casa					

16- ¿Le gustaría tener ayuda en alguna de las áreas citadas anteriormente?

	Si	No		Si	No
Depresión			Irritado/enfadado		
Ansiedad			Estrés		

SALUD Y BIENESTAR

17.- Reflexione sobre la importancia de cada uno de estos aspectos:

	Muy Importante	Importante	Sin Importancia	No sabe
No fumar				
Dormir lo suficiente				
Hacer ejercicio leve regularmente				
Hacer ejercicio vigoroso regularmente				
Hacer revisiones médicas regularmente				
Mantener el peso en el nivel adecuado				
Restringir grasas animales/productos lácteos				
Tomar suplementos de vitaminas				
Beber pequeñas cantidades de alcohol				
No sufrir problemas financieros				
Tener compañía, amigos				
Recibir masajes, baños, sauna,...				
Otros: _____				

18.- ¿Cree que, en general, cuida de su salud ó cree que podría cuidarla más?

Cuido lo suficiente		Podría hacer más		No sabe / NC	
---------------------	--	------------------	--	--------------	--

19.- ¿Cree que una persona de su edad puede hacer alguna cosa para prevenir enfermedades en el futuro?

Low Pressure Fitness



Seguro que si		Tal vez		Poco se puede hacer	
---------------	--	---------	--	---------------------	--

Low Pressure Fitness



HISTORIAL FÍSICO DEPORTIVO E INTERESES

20. ¿Ha practicado anteriormente algún deporte a nivel de competición?

- ☐ SI
☐ NO

Especifique cual:

21. ¿Ha practicado anteriormente algún otro deporte o actividad de manera regular?

- ☐ SI
☐ NO

Especifique cual:

22. ¿Tiene alguna sensación negativa hacia el ejercicio o ha tenido alguna experiencia negativa durante la práctica del ejercicio físico?

- ☐ SI
☐ NO

Especifique cual:

23. ¿Ha entrenado alguna vez en un Centro de Fitness o con un entrenador personal?

- ☐ SI
☐ NO

¿Por qué dejó de asistir?

24. Valore su capacidad del 1 al 5 (1 muy baja; 5 muy alta) en los siguientes aspectos:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • Resistencia y capacidad cardiorrespiratoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Fuerza y resistencia muscular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Flexibilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Agilidad y coordinación de movimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. ¿Suele empezar a hacer ejercicio pero le cuesta ser constante en el programa?

- ☐ SI
☐ NO

26. ¿Qué dedicación quiere dar al programa de ejercicio?

Minutos / día:

Días / semana:

Low Pressure Fitness



27. ¿Realiza actualmente ejercicio de manera regular?

- ☐ SI
- ☐ NO

Especifica cual:

Días / semana:

28. ¿Cuánto tiempo lleva haciendo ejercicio de manera regular?

Meses:

Años:

29. ¿Cuánto tiempo puede dedicar al programa de ejercicio?

Horas del día:

Días de la semana:

30. ¿Qué tipo de actividades le gustaría realizar?

- ☐ Caminar
- ☐ Correr
- ☐ Nadar
- ☐ Ciclismo
- ☐ Hipopresivos
- ☐ Pesas
- ☐ Estiramientos
- ☐ Remo estático
- ☐ Actividades aeróbicas
- ☐ Step
- ☐ Yoga/pilates
- ☐ Artes Marciales
- ☐ Otras actividades:

31. ¿Cuáles son los motivos por los que quiere realizar el programa de ejercicio?

- ☐ Mejorar la resistencia cardiorrespiratoria
- ☐ Perder peso
- ☐ Remodelar el cuerpo
- ☐ Conseguir más masa muscular
- ☐ Mejorar el rendimiento en un deporte concreto
- ☐ Mejorar la flexibilidad
- ☐ Mejorar la fuerza
- ☐ Aumentar el nivel de energía
- ☐ Relajarme y combatir el estrés
- ☐ Divertirme
- ☐ Conocer gente nueva
- ☐ Otros:

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Low Pressure Fitness

