Entrenamiento Personal Fitness EPF



ENCUESTA SALUD Y FITNESS DEL CLIENTE

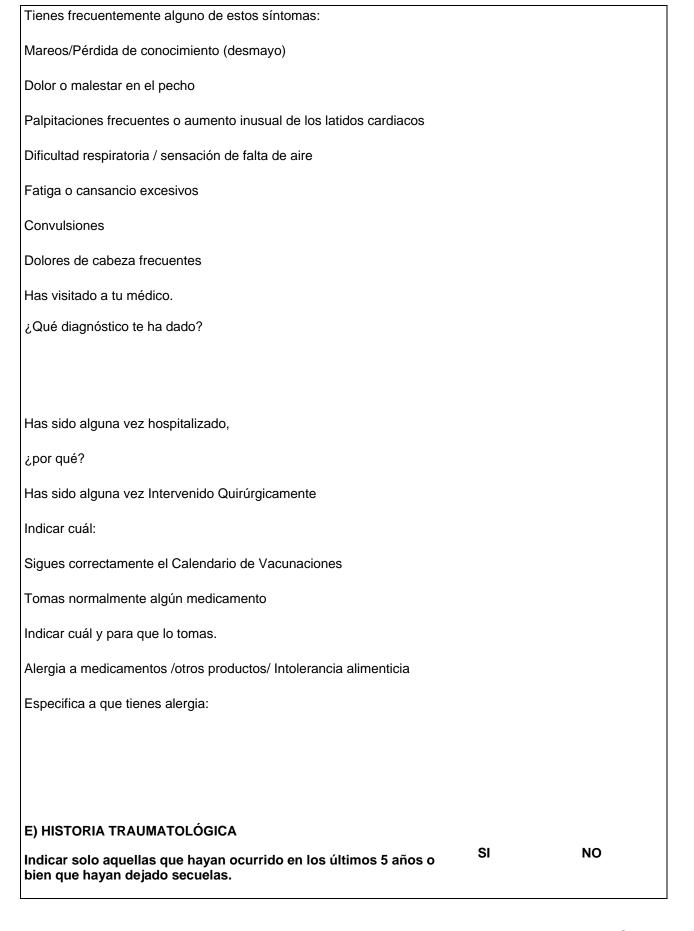
A) DATOS PER	SONAL	ES			
Nombre:			Apellidos:		
Altura:			Dirección:		
Peso:	Kg.	Edad:	Teléfono:		
B) DATOS DEI	PORTIV	os			
Actividad depor	tivas que	e realizas:			
Años de práctica	a:	Días/semana	Nº Horas/día		
Gustos y prefere	encias e	n actividades deportiv	as:		
C) HISTORIAL frecuencia)	FAMILI	AR: (se dan en la fa	milia con mucha	SI	NO
Tensión arterial	alta				
Enfermedad me	etabólica	(colesterol, azúcar)			
Enfermedad pul	monar				
Otras Enf. de tipo Hereditario (Indicar cual):					
D) ANTECEDE	NTES P	PERSONALES		SI	NO
Ha sido diagnos	sticado d	le:			
Cardiopatía					
Hipertensión arterial					
Colesterol alto					
Diabetes					
Epilepsia					
Alergia					
Otras Enf. crónica o recurrente (Indicar cual):					

Encuesta Salud y Fitness del Cliente

Entrenador: Pablo Marcos Pardo

Entrenamiento Personal Fitness EPF





Encuesta Salud y Fitness del Cliente

Entrenador: Pablo Marcos Pardo





Tienes alguna alteración ortopédica conge	énita						
Indica cual:							
Has tenido alguna fractura ósea							
Indica cual:							
Has tenido alguna luxación articular							
Indica cual:							
Has tenido algún esguince.							
Indica cual:							
Has tenido alguna lesión muscular / tendinosa							
Indica cual:							
Te ha quedado alguna secuela de las lesiones							
Indica cual:							
Otras alteraciones de aparato locomotor							
Indicar cuales:							
Desviación de columna. (Indica si es lumbar, dorsal o cervical).							
ESCOLIOSIS	L	D	С				
CIFOSIS/ HIPERCIFOSIS	L	D	С				
LORDOSIS/ HIPERLORDOSIS	L	D	С				

F) HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS	SI	NO
Tabaco		
Alcohol		
Cafeína		
Horas de sueño diarias (APROXIMADAMENTE)		
Cuantos litros (agua, infusiones,) en total sueles ingerir al día		

Encuesta Salud y Fitness del Cliente

Entrenador: Pablo Marcos Pardo

Entrenamiento Personal Fitness EPF



Número de comidas diarias:	2	3	4	5	+		
Dieta equilibrada							
Tomas suplementos de vitaminas/minerales							
¿Recomendados por tu médico?							
G) HISTORIA GINECOLOGICA (Sólo para mujeres)		\$	SI		NO		
Tienes la menstruación							
Periodos regulares							
Alguna alteración:							
En el caso de embarazo, informa enseguida al monitor para que realice las adaptaciones necesarias en tus ejercicios. H) OTROS (Algún problema o alteración no comentado anteriormente)							
I) DISPONIBILIDAD HORARIA Y DÍAS DISPONIBLES PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA:							
II) OBJETIVOS QUE PRETENDE CONSEGUIR:							
III) MOTIVACIONES E INTERESES:							

Encuesta Salud y Fitness del Cliente

Entrenador: Pablo Marcos Pardo

IV) ACTIVIDADES QUE LE INTERESAN