

ENCUESTA SALUD Y FITNESS DEL CLIENTE

A) DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Altura: _____ Dirección: _____
 Peso: _____ Kg. Edad: _____ Teléfono: _____

B) DATOS DEPORTIVOS

Actividad deportivas que realizas:

Años de práctica: _____ Días/semana _____ N° Horas/día _____

Gustos y preferencias en actividades deportivas:



C) HISTORIAL FAMILIAR: (se dan en la familia con mucha frecuencia)

SI

NO

Tensión arterial alta

Enfermedad metabólica (colesterol, azúcar...)

Enfermedad pulmonar

Otras Enf. de tipo Hereditario (Indicar cual):



D) ANTECEDENTES PERSONALES

SI

NO

Ha sido diagnosticado de:

Cardiopatía

Hipertensión arterial

Colesterol alto

Diabetes

Epilepsia

Alergia

Otras Enf. crónica o recurrente (Indicar cual):

Tienes frecuentemente alguno de estos síntomas:

Mareos/Pérdida de conocimiento (desmayo)

Dolor o malestar en el pecho

Palpitaciones frecuentes o aumento inusual de los latidos cardiacos

Dificultad respiratoria / sensación de falta de aire

Fatiga o cansancio excesivos

Convulsiones

Dolores de cabeza frecuentes

Has visitado a tu médico.

¿Qué diagnóstico te ha dado?

Has sido alguna vez hospitalizado,

¿por qué?

Has sido alguna vez Intervenido Quirúrgicamente

Indicar cuál:

Sigues correctamente el Calendario de Vacunaciones

Tomas normalmente algún medicamento

Indicar cuál y para que lo tomas.

Alergia a medicamentos /otros productos/ Intolerancia alimenticia

Especifica a que tienes alergia:

E) HISTORIA TRAUMATOLÓGICA

Indicar solo aquellas que hayan ocurrido en los últimos 5 años o bien que hayan dejado secuelas.

SI

NO

Tienes alguna alteración ortopédica congénita

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	C
CIFOSIS/ HIPERCIFOSIS	L	D	C
LORDOSIS/ HIPERLORDOSIS	L	D	C

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

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:**

IV) **ACTIVIDADES QUE LE INTERESAN**