

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historial Medico

Sí No

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ¿Siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ¿Ha tenido dolor en el pecho cuando NO hace actividad física?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Tiene antecedentes de problemas del corazón o un derrame cerebral?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Sufre de presión arterial elevada?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ¿Es su médico actualmente le prescribe de medicamentos para la presión arterial?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Tiene el nivel de colesterol elevado?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Obesidad (Más del 20% sobre el peso ideal)?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Alguna lesion o enfermedad crónic?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Advertencias de un médico para no hacer ejercicio?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Problemas musculares, alteraciones de las articulaciones o la espalda?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Alguna cirugía reciente (últimos 12 meses)?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Embarazo (Ahora o dentro de tres meses)?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Historia de problemas pulmonares o respiratorios?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Diabetes o enfermedad de la tiroides?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Habitos de fumar?

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Dificultad con el ejercicio físico?

Por favor explique cualquier "Sí" abajo las respuestas:

¿Con qué frecuencia se puede caracterizar el nivel de estrés como de alto?

\_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_\_\_ Constantemente

Que come con regularidad?

\_\_\_ Desayuno \_\_\_\_ Media mañana \_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_ A media tarde \_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_ Después de la cena

¿Toma reguralmente suplementos alimenticios? Favor de anotarlos

**Cuestionario de Actividad:**

Ocupación

¿En la actualidad mantiene un programa de ejercicios?

¿Qué tipo de ejercicio hace?

¿A qué nivel de intensidad? (Caminar 2 millas en 30 min. o caminar de 3 millas por hora en un 4to grado de nivel)

¿Por cuánto tiempo?

¿Cuántas veces a la semana?

¿Realiza estiramientos?

¿Tiene el equipo casero del ejercicio?

¿Qué espera obtener de trabajar con un entrenador?

Haga una lista de objetivos específicos que le gustaría lograr a través de un programa de ejercicios.

¿Qué tipos de actividades que se encuentren agradable?

Lista de los medicamentos o suplementos que puedan afectar el ejercicio:

Lista de las lesiones actuales o anteriores / condiciones que puedan afectar a su programa de ejercicios: