



SHADOW FIT

ENCUESTA SEGUIMIENTO ON LINE

IMPORTANTE: UNA VEZ COMPLETES LA ENCUESTA,
GUARDALA Y ENVIALA A SHADOWFITVIP@GMAIL.COM O POR
WHATSAPP +54 9 11 6854-5961

USUARIO DE INSTAGRAM E-MAIL

APELLIDO Y NOMBRE SEXO

FECHA DE NACIMIENTO ESTATURA (CM)

PESO CORPORAL (KG) CELULAR

- OBJETIVO
- ☐ AUMENTO MASA MUSCULAR
 - ☐ DESCENSO TEJIDO GRASO
 - ☐ RECUPERACIÓN DE LESIÓN ¿CUAL?
 - ☐ OTRO

¿REALIZAS ACTIVIDAD FISICA EN LA ACTUALIDAD? SI ☐ NO ☐

¿TIENES ALGUNA AFECCIÓN QUE TE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? ¿CUÁL?

¿TIENES ALGÚN TRASTORNO ALIMENTICIO? ¿CUÁL?

¿SOS INTOLERANTE O ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO? ¿CUÁL?

¿TOMAS ALGÚN SUPLEMENTO VITAMÍNICO O DIETÉTICO? ¿CUÁL Y POR QUÉ?

INGESTAS DIARIAS ACTUALES

(COMPLETAR CON HORARIO Y ALIMENTO)

DESAYUNO	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ALMUERZO	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
MERIENDA	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
CENA	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
OTRAS INGESTAS	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

HORARIOS DIARIOS

¿A QUÉ HORA TE DESPIERTAS?

DIAS Y HORARIOS LABORALES

DIAS Y HORARIOS DE ESTUDIOS (FACULTAD, COLEGIO Y/O CURSOS)

OTRAS OBLIGACIONES

A CONTINUACIÓN, PUEDES CONTARNOS LO QUE QUIERAS DE TI, QUE PIENSAS QUE DEBERIAMOS SABER

FIN

UNA VEZ QUE NOS ENVÍES LA ENCUESTA COMPLETA, RECIBIRÁS EL PLAN DE ENTRENAMIENTO Y LA GUIA DE ALIMENTACIÓN EN 5 DÍAS HÁBILES POR EL MISMO MEDIO QUE LA RECIBIMOS