


FICHA DE REGISTRO Y DIAGNÓSTICO INICIAL		
Nombre:	Apellidos:	
Dirección:		
Teléfono:	Fecha nacimiento <sup>1</sup> :	
Móvil:	E-mail:	
Fecha comienzo:		

Los datos que a continuación se le solicitan son **estrictamente confidenciales**. Sólo serán utilizados para el desarrollo de los programas de entrenamiento más convenientes en base a su situación personal y nivel de salud, adecuando los niveles de progresión a los mismos. Se ruega que comuniquen las posibles variaciones que puedan surgir a lo largo de su programa. En cualquier momento, podrá rectificar o eliminar toda la información que nos ha proporcionado. Le comunicamos que toda la información que facilite a nuestra empresa serán tratados según la normativa de la LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

**1. Número de días de la semana disponibles para desarrollar el programa de entrenamiento.**

Nº Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ¿Cómo calificarías tu actividad diaria?<sup>2</sup>**

SEDENTARIA	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ¿Qué tipo de actividad laboral desarrollas? ¿Cuántas horas diarias trabajas?<sup>2</sup>**

NINGUNA	POCO ACTIVA	ACTIVA	MUY ACTIVA	¿CUÁL? _____ HORAS:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. ¿Ha practicado algún deporte de manera sistemática?**

¿Qué deporte?: \_\_\_\_\_

¿Qué frecuencia semanal? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**5. ¿Ha entrenado alguna vez en una sala de musculación?**

NO: ☐ SÍ: ☒ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha entrenado alguna vez con un entrenador personal?**

NO: ☒ SÍ: ☐ ¿Por qué motivo dejaste de asistir?: \_\_\_\_\_

**7. ¿Actualmente realizas alguna otra actividad física y/o deportiva?<sup>2</sup> Indica cuál y con qué frecuencia semanal:**

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

**8. ¿Realizas algún tipo de control dietético y/o suplementación alimentaria? ¿Por qué motivo?**

NO ☐ Si está interesado en recibir consejos nutricionales marque con una x: \_\_\_\_

SÍ ☐ MOTIVO (Perder peso, aumentar de masa muscular, problemas de salud, etc.): \_\_\_\_\_

DESCRIBA BREVEMENTE: \_\_\_\_\_

**9. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas? Señale lo que proceda:**

NUNCA ☐ A VECES ☐ A MENUDO (fines de semana) ☐ A DIARIO ☐

**10. ¿Con qué frecuencia fumas?<sup>3</sup>:**

NUNCA ☐ A VECES ☐ A MENUDO (fines de semana) ☐ A DIARIO ☐

Si fuma todos los días: ¿Cuántos cigarrillos?: \_\_\_\_\_

**11. ¿Padece alguna patología leve del sistema cardiovascular como hipertensión o arritmias?<sup>4</sup> ¿Nota dolor en el pecho cuando hace actividad física o en reposo?**

NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**12. ¿Sabe qué nivel de colesterol total o HDL tiene en la actualidad o el último registrado?<sup>5</sup>**

NO: ☐ SÍ: ☐ Ponga la cantidad: \_\_\_\_\_ mg/dl HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl.

**13. ¿Tiene algún antecedente familiar de enfermedad coronaria como infartos u otras dolencias similares?<sup>6</sup>**

NO: ☐ SÍ: ☐

**14. ¿Tienes diabetes? ¿Desde hace cuánto? ¿Necesitas insulina para tratarla?<sup>7</sup>**

NO ☐ SÍ ☐ Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

**15. ¿Padeces alguna afección respiratoria como asma o bronquitis?**

NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**16. ¿Tienes problemas de huesos o articulaciones como artritis, artritis reumatoide, osteoporosis, condropatías, etc.?**

NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL Y DÓNDE? \_\_\_\_\_

**17. ¿Sufres algún tipo de desviación anómala de la columna?**

NO ☐ ESCOLIOSIS ☐ CIFOSIS TORÁCICA ☐ LORDOSIS LUMBAR ☐

**18. En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?<sup>8</sup>**

NO ☐ SÍ ☐ Mes de gestación en el que se encuentra: \_\_\_\_\_

**19. En caso de ser mujer, ¿le ha llegado la menopausia?<sup>1</sup>**

NO ☐ SÍ ☐

En caso de responder afirmativamente, ¿está recibiendo terapia hormonal sustitutiva?: NO ☐ SÍ ☐

**20. ¿Tomas algún tipo de medicamento que pueda afectar a su rendimiento en la sala?**

NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**21. Enumere los objetivos que pretende conseguir con el entrenamiento (pérdida de peso, aumento de masa muscular, acondicionamiento físico general, complemento deportivo, re-acondicionamiento físico, oposiciones, etc.), por orden de importancia según usted considere oportuno:**

1.: \_\_\_\_\_

2.: \_\_\_\_\_

3.: \_\_\_\_\_

**22. Si tiene algún otro condicionante, físico o psíquico, que no se haya mencionado en el test que pueda impedirle realizar este tipo de actividad o pueda entrañar algún riesgo para su práctica, le rogamos que lo indique a continuación:**

**23. Otras observaciones que crea conveniente mencionar:**

El abajo firmante afirma que los datos aportados son verídicos, asumiendo las posibles responsabilidades legales que pudieran derivarse de cualquier omisión o incorrección en los mismos, así como de cualquier modificación sustancial que se produzca de aquí en adelante y que no haya sido comunicada fehacientemente al responsable de su programa de entrenamiento.

Fdo:

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2015

**Muchas gracias por su colaboración. Un cordial saludo.**

**Cuestionario realizado por:**

**Rubén Espinosa Gil**



@RubenEspinosaPT

*Graduado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF-Madrid)*

*Máster en Entrenamiento Personal (UPM-Madrid)*

*NSCA-Certified Personal Trainer (National Strength Conditioning Association)*

*Entrenador ELEMENTS*

*Entrenador Nacional de Atletismo (Real Federación Española de Atletismo)*

*Instructor Pilates (Federación Española de Pilates)*

*Antropometrista Certificado Nivel 1 (ISAK 1)*

**Pedro Antonio Ruiz López**



@Perirl

*Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (Universidad de Murcia)*

*Máster en Alto Rendimiento Deportivo (Comité Olímpico Español)*

*Especialista Universitario en Entrenamiento Personal (UPM - Madrid)*

*NSCA-Certified Personal Trainer (National Strength Conditioning Association)*

*Entrenador Certificado en Metodología ELEMENTS*

*Antropometrista Certificado Nivel 1 (ISAK 1)*

