**COMMERCIAL AREA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Atleta** |  |
| **Training Pack** | Elija un elemento. |
| **Fecha de evaluación** |  |

Datos generales

|  |  |
| --- | --- |
| Sexo |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Número de celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Contacto de emergencia |  |
| Número telefónico |  |
| Estado civil |  |
| ¿Tiene hijos?  Cantidad, sexo y edades |  |
| Profesión |  |
| Horario laboral |  |
| Tipo de sangre |  |
| **Deporte que practica** |  |
| **Objetivo** |  |

**SPORTS MEDICINE**

**Historia Deportiva**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Presenta alguna lesión aguda o crónica? | **Si** |  | **No** |  |
| Aparición: |  | | | |
| Localización: |  | | | |
| Intensidad: |  | | | |
| Carácter: |  | | | |
| Irradiación: |  | | | |
| Alivio o aumento: |  | | | |
| Asociación |  | | | |

**Antecedentes**

1. Antecedentes Médicos

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Padece de hipertensión arterial? Tratamiento y antigüedad. |  |
| ¿Padece de diabetes mellitus? ¿Qué tipo? Tratamiento y antigüedad. |  |
| ¿Ha tenido problemas del corazón? ¿Arritmias? Tratamiento y antigüedad |  |
| Otra enfermedad  Tratamiento y antigüedad |  |
| ¿Alguna vez se ha desmayado mientras practica deporte? |  |

1. Antecedentes Quirúrgicos

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué operaciones le han realizado? |  |
| ¿Por qué le hicieron la operación? |  |
| ¿Tiene secuelas funcionales? |  |

1. Antecedentes Alérgicos

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha presentado alguna reacción alérgica a un medicamento? |  |
| ¿Es alérgico a algún alimento? |  |
| ¿Es alérgico al polvo? |  |
| ¿Padece rinitis alérgica? |  |
| Otros |  |

1. Antecedentes Traumáticos

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha presentado alguna fractura? |  |
| ¿En qué extremidad?  ¿Hace cuánto tiempo? |  |
| ¿Tiene secuelas funcionales? |  |

1. Antecedentes Familiares

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Sus padres viven aún? | **SI** |  | | **NO** |  | | ¿De que fallecieron? | |  |
| ¿De qué enfermedades padecen sus padres? | Papá: | |  | | | Mamá: | |  | |

1. Antecedentes gineco-obstétricos: f

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántos hijos ha tenido? |  |
| ¿Sus ciclos son regulares? |  |
| ¿Cuánto tiempo dura su menstruación? |  |
| ¿Padece de cólicos menstruales? |  |
| ¿Es posible que este embarazada? |  |
| ¿Toma pastillas anticonceptivas? |  |

1. Hábitos y manías

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántas horas duerme el atleta al día? |  |
| ¿Cuál es su calidad de sueño? |  |
| ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? |  |
| ¿Consume alcohol? |  |
| ¿Consume regularmente drogas? |  |

**Revisión por sistema**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cabeza** | |
| ¿Presenta cefalea (dolor de cabeza) frontal, temporal u occipital?) |  |
| **Ojos** | |
| ¿Siente los ojos irritados? |  |
| ¿Mira bien? |  |
| ¿Alergias? |  |
| ¿Problema de refracción? |  |
| ¿Lentes para computadora? |  |
| **Oídos** | |
| ¿Escucha bien? |  |
| ¿Problemas del equilibrio? |  |
| **Cuello** | |
| ¿Presenta dolor de cuello crónico o agudo? |  |
| **Tórax** | |
| ¿Ha presentado dolor de pecho o sensación de opresión de pecho? |  |
| ¿Cuándo se presenta? ¿Al hacer esfuerzo (caminata, correr o en reposo)? |  |
| ¿Presenta o presentado palpitaciones? |  |
| ¿Presenta dificultar respiratoria?, se asocia con estar acostado, sentado o al caminar. |  |
| ¿Ha presentado Tos? ¿Cómo es la Tos, seca, con esputo? |  |
| **Abdomen** | |
| ¿Presenta diarrea o estreñimiento? |  |
| **Extremidades Superiores** | |
| ¿Presenta dolor de hombro? |  |
| ¿Presenta dolor de codo? |  |
| ¿Presenta dolor de muñeca? |  |
| **Extremidades Inferiores** | |
| ¿Presenta dolor de cadera? |  |
| ¿Presenta dolor de rodilla? |  |
| ¿Presenta dolor de tobillo? |  |
| **Espalda Baja** | |
| ¿Ha presentado dolor en la espalda? |  |

**Examen Físico**

|  |  |
| --- | --- |
| Temperatura: |  |
| Frecuencia cardíaca: |  |
| Frecuencia cardiaca máxima: |  |
| Presión arterial: |  |
| Fondo de ojo: |  |
| Faringe y oídos: |  |
| Cuello: |  |
| Pulmones y corazón: |  |
| Abdomen: |  |
| Reflejos osteotendinosos: |  |
| Fuerza: |  |
| Lesiones o imbalances musculares: |  |

**Revisión Laboratorios**

|  |  |
| --- | --- |
| Hemograma |  |
| BUN |  |
| Creatinina |  |
| Triglicéridos |  |
| Colesterol Total |  |
| HDL |  |
| LDL |  |
| Glucosa pre-prandial |  |
| Glucosa post-prandial |  |
| Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) |  |
| Vitamina B12 |  |
| Vitamina D |  |
| Calcio |  |
| Sodio |  |
| Magnesio |  |
| Potasio |  |
| Ferritina |  |
| CPK total |  |
| Heces |  |
| Orina |  |
| EKG |  |
| PCR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paquete VLAB Minerals** | |
| Calcio |  |
| Sodio |  |
| Potasio |  |
| Magnesio |  |
| Ferritina |  |

**Según condición del atleta se recomienda los siguientes exámenes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Paquete VLAB** | |
| Hematología |  |
| Creatinina |  |
| BUN |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paquete VLAB Athlete** | |
| Hematología |  |
| Creatinina |  |
| BUN |  |
| Colesterol total |  |
| HDL |  |
| LDL |  |
| Triglicéridos |  |
| Glucosa pre |  |
| Hemoglobina glicosilada |  |
| Vitamina D |  |
| Vitamina B12 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Otros** | |
| CPK total |  |
| Heces completo |  |
| Orina completa |  |
| Glucosa post |  |
| Electrocardiograma |  |
| Proteína C reactiva |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comentarios del Sports Medical** |  |

**FUEL PERFORMANCE**

**Objetivos**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuáles son tus objetivos Nutricionales? |  |
| ¿Cuáles son tus objetivos en el entrenamiento? |  |
| ¿Qué te gustaría ir mejorando? |  |

**Nivel de estrés**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se considera una persona tensa, ansiosa o estresada? |  |
| ¿Tiene alguna técnica para el manejo de estrés? |  |
| Califique de 1 a 10 su nivel de estrés en general. Siendo 1 el nivel más bajo y 10 el nivel más alto. |  |
| ¿Qué aspecto de su vida es más estresante? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguna preferencia por algún estilo de alimentación? | Si | **☐** | No | **☐** |
| Descripción de Alimentación |  | | | |

**Alimentación**

Describa lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántas comidas realiza al día? |  |
| ¿Qué desayuna? Horario |  |
| ¿Qué almuerza? Horario |  |
| ¿Qué cena? Horario |  |
| ¿Hace meriendas? ¿Cuántas? |  |
| ¿En que tiempo de realizas tus meriendas? |  |
| ¿Qué comes en tus meriendas? |  |
| ¿Usted prepara sus alimentos? |  |
| ¿Cuál es el momento del día con mayor sensación de apetito? |  |
| ¿Tiene antojos de azúcar? ¿o antojos de ciertas comidas? |  |
| ¿Qué tan frecuente? |  |
| ¿En qué momento del día? |  |
| ¿Consume muchos alimentos procesados o ultra procesados? |  |
| ¿Incluye frutas en su alimentación?  ¿En qué tiempo de comida? |  |
| ¿Incluye vegetales en su alimentación?  ¿En qué tiempo de comida? |  |

**Hidratación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué bebidas toma durante el día? |  | | | |
| ¿Cuántos vasos/litros de agua pura toma en el día? (Fuera del entreno) |  | | | |
| ¿Qué bebidas toma durante el entreno? ¿Cuánto? |  | | | |
| Es una persona que suda mucho durante los entrenamientos | Si | ☐ | No | ☐ |

**Ingesta de alimentos en entreno**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ingiere alimentos durante su entreno? | Si | ☐ | | No | ☐ |
| ¿En qué horario es su entrenamiento? | VERTIKAL | |  | | |
| OTRO DEPORTE | |  | | |
| ¿Cuál es su comida antes del entrenamiento? (almuerzo, merienda, otro) |  | | | | |
| ¿Qué ingiere durante su entreno? | **Pre-entreno** | |  | | |
| **Durante** | |  | | |
| **Post entreno** | |  | | |
| ¿Qué suplementos deportivos ingiere? ¿Con qué frecuencia? |  | | | | |

**Evaluación Intestinal**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene algún dolor, rigidez o hinchazón estomacal? |  |
| ¿Sufre de gastritis, colon Irritable o alguna condición intestinal? |  |

**Historia Clínica**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha variado su peso durante el último año? ¿En cuánto? |  |
| ¿Toma algún suplemento vitamínico? |  |
| Medición de Glucosa con glucómetro |  |

**Antropometría**

**Diámetros:**

|  |  |
| --- | --- |
| Estatura del atleta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comentarios del Fuel Performance** |  |

**PERFORMANCE**

Atleta aficionado

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántos días a la semana te gustaría entrenar? |  |
| ¿Cuánto tiempo al día? |  |
| ¿Tienes algún día para recuperación activa? |  |
| ¿Tienes algún día de descanso? |  |
| ¿Tienes equipo deportivo? (mancuernas, kettlebell, barra, bandas, etc.) |  |
| ¿Qué área del deporte crees que puedes mejorar? |  |
| ¿Has entrenado anteriormente con una aplicación (app)?  ¿Te gustó? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comentarios Performance** |  |

Atleta alto rendimiento

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál(es) es(son) tu(s) objetivo(s) específicamente? |  |
| ¿Cuál(es) es(son) la(s) fecha(s)? |  |
| ¿Qué quieres lograr? |  |
| ¿Cuál(es) crees que es(son) tu(s) mayor(es) debilidad(es) en el deporte? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comentarios Performance** |  |