





DATOS PERSONALES DEL USUARIO

Fecha.....

Nombres.....

Apellidos.....

Sexo.....

Identificación.....

Edad.....

Correo.....

Teléfonos de contacto celular o Fijo.....

Dirección de residencia:

Barrio.....

EPS..... RH:

Fecha de inicio del programa de
entrenamiento.....

En caso de emergencia avisar a:

Nombre y Apellidos:

Parentesco:.....

Teléfonos:.....



CUESTIONARIO DE SALUD

Evaluator(es): _____ Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

NOMBRE: _____ ID: _____

Edad: _____ Sexo: (F) (M) Sección: _____

Horas de la Clase: _____ Días: _____

Marcar con ☒ si Contesta
Afirmativamente

1. ¿Alguna vez ha padecido de las siguientes enfermedades?:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Fiebre reumática..... | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardiaco..... | <input type="checkbox"/> |
| Alta presión arterial..... | <input type="checkbox"/> |
| Cualquier problema en el corazón..... | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades en las arterias..... | <input type="checkbox"/> |
| Venas varicosa..... | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar..... | <input type="checkbox"/> |
| Operaciones..... | <input type="checkbox"/> |
| Lesiones en la espalda, etc.,..... | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia..... | <input type="checkbox"/> |



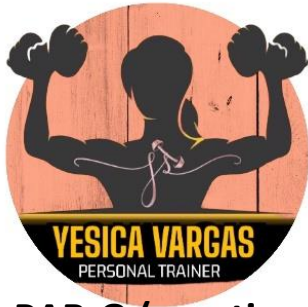
2. ¿Han sufrido sus parientes de los siguientes problemas de salud?:

- Ataques cardiacos..... ☐
- Alta Presión Arterial..... ☐
- Altos niveles de colesterol..... ☐
- Diabetes..... ☐
- Enfermedades del corazón congénitas..... ☐
- Operaciones del Corazón..... ☐
- Otros..... ☐

Especifique:

3. ¿Ha experimentado recientemente los siguientes signos y síntomas?:.

- Dolor de pecho..... ☐
- Respiración corta..... ☐
- Palpitaciones (ritmo acelerado) cardiacas..... ☐
- Toser durante el esfuerzo..... ☐
- Inflamación de las piernas o tobillos..... ☐
- Toser sangre..... ☐
- Dolor en la espalda..... ☐
- Coyunturas hinchadas, rígidas o doloridas..... ☐
- Se despierta con frecuencia por las noches para orinar..... ☐



PAR-Q (cuestionario de aptitud para la actividad física)

El PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) es una herramienta que sirve para la detección de posibles problemas sanitarios y cardiovasculares en personas sanas en apariencia que quieren iniciar un programa de ejercicio físico de baja, media o alta intensidad.

Las personas entre 15 y 65 años lo realizarán para saber si necesitan consultar con el médico antes de comenzar a realizar ejercicio físico.

En el caso de personas mayores de 65 años que no sean activas físicamente, en cualquier caso se les deberá recomendar un reconocimiento médico previo al inicio de la actividad.

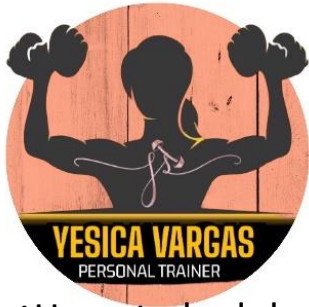
Cuestionario:

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico una enfermedad cardíaca, recomendándole que Solo haga actividad física supervisada por personal sanitario?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene dolores en el pecho producidos por la actividad física?

- ☐ Sí
- ☐ No



¿Ha notado dolor en el pecho durante el último mes?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiende a perder el conocimiento, o el equilibrio, como resultado de mareos?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Alguna vez le ha recetado el médico algún fármaco para la presión arterial u otro problema cardiocirculatorio?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene alguna alteración ósea o articular que podría agravarse por la actividad física propuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tiene conocimiento, por experiencia propia, o debido al consejo de algún médico, de cualquier otra razón física que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?

- ☐ Si
- ☐ No



DATOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES

¿Prefiere Practicar Alguna Clase De Deporte Individual O En Grupo?

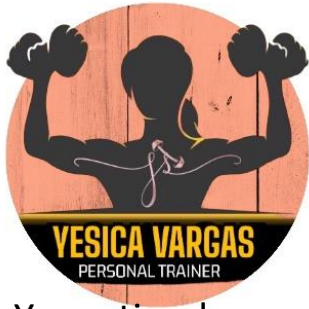
¿Cómo es su relación con sus familiares: ¿buena, mala, regular? ¿Por qué?

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, le recomendamos la realización de un reconocimiento médico antes de iniciar cualquier tipo de actividad física, con el fin de evitar riesgos durante la práctica de la misma.

❖ CONSENTIMIENTO

Yo deseo voluntariamente participar en un programa ejercicios para tratar de aumentar y mejorar mi condición física. Yo entiendo que las actividades están diseñadas para aumentar gradualmente el trabajo musculo esquelético, metabólico y cardiorrespiratorio y así tratar de mejorar su función.

La reacción al sistema cardiorrespiratorio a esas actividades no se puede predecir con exactitud. Existe un riesgo de ciertos cambios que pueden ocurrir durante o después de los ejercicios. Estos cambios pueden incluir anomalías de la presión sanguínea o los latidos del corazón.



Yo entiendo que el propósito del programa del ejercicio es para desarrollar y mantener una condición cardiorrespiratoria, composición corporal, flexibilidad, fuerza muscular y condición.

Los programas incluyen, pero no están limitados a caminar, correr, ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza o resistencia. Todos los programas están diseñados en crear gradualmente un aumento de trabajo en el cuerpo, para aumentar la condición total.

Al firmar este documento de consentimiento, Yo afirmo que leí este documento completamente y Yo entiendo la naturaleza del programa del ejercicio afirmo que todas mis preguntas con relación al ejercicio han sido contestadas a mi satisfacción. En el evento de que se requiere un consentimiento medico antes de mi participación en el programa de ejercicio. Yo estoy de acuerdo en consultar a mi médico antes de comenzar cualquier programa de ejercicio, también en consideración para poder participar en este programa, Yo estoy de acuerdo en asumir el riesgo de tales ejercicios y estoy de acuerdo en no hacerle daño EL ENTRENAMIENTO DE YESICA VARGAS PERSONAL TRAINER .

YESICA VARGAS PERSONAL TRAINER y de cualquier y toda demanda, reclamo, pérdidas o causa relacionada de acción por daños, incluyendo, pero no limitado a como reclamos que pueden resultar en una lesión o muerte, accidente u otra cosa durante o de cualquier manera por el programa de ejercicio.

FIRMA CLIENTE



Nombres y apellidos:						
Fecha de evaluación:						
Fecha nacimiento:						
MEDIDAS BASICAS	Toma1	Toma2	Toma 3	Toma 4	Toma 5	Toma 6
Peso corporal(kg)						
Talla(cm)						
PERIMETROS						
cuello						
Hombro						
Espalda						
Pecho						
Cintura						
Cadera						
Pierna derecha						
Superior						
Medio						
Bajo						
Pierna izquierda						
Superior						
Medio						



Bajo						
Brazo derecho:						
superior						
antebrazo						
carpo						
Brazo izquierdo:						
Superior						
Antebrazo						
carpo						
Pantorrilla						