**CUESTIONARIO DESCRIPTIVO**

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** | Ismael Tupia mendizabal | **TELEFONO:** | 953338745 | |
| **FECHA NAC.:** | 26-06-75 | **EDAD:** | 43 | años |

**OBJETIVO DEPORTIVO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| X | RUNNING  CICLISMO  NATACION |  | ACONDICIONAMIENTO FISICO  FUERZA  OTRO: |
| X |  |
| X |  |

**CARACTERÍSTICAS:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TALLA:** | 1.75 | cm | **PESO:** | 103 | Kilos | | **GRUPO SANGUÍNEO:** | O+ | **% GRASA:** | | 25 | |
| **CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:** | | |  | | | cm | **CIRCUNFERENCIA DE MEDIO MUSLO:** | | |  | | cm |

**ANTECEDENTES O PATOLOGÍAS**:

|  |  |
| --- | --- |
| **LESIONES RECIENTES:** | Rotura de ligamento rodilla derecha |
| **OTROS DEPORTES O ACTIVIDADES:** |  |

***MARQUE CON UNA CRUZ O RESALTE EN CADA PREGUNTA EN CASO LA RESPUESTA SEA POSITIVA:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Sufre mareos? |  | ¿Tiene dolor de cabeza con frecuencia? |  |
| ¿Ha sufrido desmayos? |  | ¿Sufre hemorragias nasales? |  |
| ¿Tiene dolores en las articulaciones? |  | ¿Presenta pie plano o similar? | *X* |
| ¿Presenta problemas de rodilla y/o tobillos? |  | ¿Ha sufrido convulsiones? |  |
| ¿Tuvo problemas cardíacos o cardiovasculares? |  | ¿Tiene dolores cervicales? |  |
| ¿Tienes dolores lumbares, en alguna posición en específico? |  | ¿En la actualidad estas bajo algún tratamiento médico? |  |
| ¿Está ingiriendo medicaciones? |  | ¿Considera que su calidad de sueño es baja? | *X* |
| ¿Trabaja más de 8 horas sentado? |  | ¿Toma baños de sol? |  |

EN CASO DE HABER MARCADO UNA O MAS OPCIONES DESCRIBALA EN ESPECIFICO:

Soy pie plano, y duermo 6 horas diarias

**OBJETIVOS**

En pocas líneas describe tus intenciones con respecto a seguir un plan para la salud y el deporte.

Bajar, volumen del cuerpo, mejorar mis músculos, y dominar las tres disciplinas del triatlón

**ALIMENTACIÓN**

Descríbeme tu alimentación en un día tradicional (la mayor sinceridad y detalle posible para poder entenderte y ver en que podemos mejorarlo) considera todas las comidas, bebidas, snacks, meriendas, bebidas y comidas especiales.

**Desayuno:**

01 pan con huevo

01 tasa de café o te, o cuaquer

**Media mañana:**

Nada

**Almuerzo:**

Sopa, segundo: verduras y un trozo de carne, pollo, o cerdo

**Media tarde:**

Nada

**Cena:**

Sopa

**Fines de semana:**

**Igual que la semana**

**Ocasiones especiales:**

**Torta, dulces, gaseosa**

**EVALUACION FISICA (POR EL ENTRENADOR):**

**ACORTAMIENTOS: (escala 1 a 10, 1: muy acortado 5: medianamente acortado 10: sin acortamiento, 0: hay dolor)**

**Tobillos:**  **Abductores:**  **Flexores de cadera (psoas):**

**Pectoral: Hombro: Piramidal:**

**Isquiotibiales:**

**CORE:**

**Test core frontal:**  **Test core lateral:**

**Amnesia Glútea:**

**CONTRACTURAS:**

Click or tap here to enter text.

**EQUILIBRIO:**

Birdog: Stand-up: Valgo o Varo:

**BALANCE:**

Click or tap here to enter text.

**RECOMENDACIONES Y CORRECTIVOS**