

# CUESTIONARIO CLIENTE

## I. DATOS PERSONALES

- Nombres:
- Apellido:
- Email:
- Teléfono:
- Fecha de nacimiento:
- Edad:
- Ciudad:
- Peso:
- Estatura:
- Lugar de residencia:
- Tiempo que llevas entrenando o haciendo deporte:
- Ocupación:
- Casado/pareja:
- Hijos:
- Fumador/no fumador:
- Bebedor/ocasional/NO:

## II. HÁBITOS NUTRICIONALES

(además de los horarios es necesario apuntar lo que comes en cada momento, aunque sea de forma aproximada)

- Me levanto a las:
- Desayuno normalmente a las:
- Empiezo mi jornada laboral/estudiantil a las:
- Almuerzo normalmente a las:
- Como normalmente a las:
- Me incorporo al trabajo/estudio a las:
- Meriendo normalmente a las:
- Acabo mi jornada a las:
- Puedo entrenar a las:
- Ceno normalmente a las:
- Me acuesto a las:
- Tengo intolerancia a los siguientes alimentos:
- Más observaciones respecto a los hábitos de nutrición con horarios:

### III. SUPLEMENTACIÓN DEPORTIVA

- He tomado los siguientes suplementos de la siguiente forma y durante el tiempo siguiente:
- Nunca he tomado suplementación deportiva, pero me gustaría hacerlo:
- Nunca he tomado suplementación deportiva y NO deseo hacerlo por el momento:
- No se contestar porque no sé lo que es exactamente la suplementación deportiva:

### IV. HÁBITOS ENTRENAMIENTO

- Llevo entrenando: \_\_\_\_ años
- Mi entrenamiento actual es el siguiente:
- Además, practico otros deportes:

### V. 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:

(Responder con un SI o NO)

- ¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico una enfermedad cardíaca, recomendándole que
- solo haga actividad física supervisada por personal sanitario?
- ¿Tiene dolores en el pecho producidos por la actividad física?
- ¿Tiene alguna alteración ósea o articular que podría agravarse por la actividad física propuesta?

- ¿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 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.

- ¿Ha notado dolor en el pecho durante el último mes?
- ¿Tiende a perder el conocimiento, o el equilibrio, como resultado de mareos?
- ¿Alguna vez le ha recetado el médico algún fármaco para la presión arterial u otro problema?
- Medicación:
- Analíticas:
- Alguna lesión u operación:

## VI. OBJETIVOS

- ¿Cuáles son tus objetivos con el entrenamiento personal?

## VII. DEDICACIÓN

- ¿Cuánto tiempo estás dispuesto a dedicar al entrenamiento personal?

## VIII. PATRONES DE SUEÑO

- ¿Cuántas horas de sueño tienes cada noche?

## IX. CUESTIONARIO SOBRE LAS METAS PERSONALES DEL CLIENTE:

- ¿Cuánto tiempo le gustaría entrenar al día?
- ¿Cómo cree que su entrenador personal puede ayudarle? (Perder peso, ganar masa muscular, rehabilitación de una lesión, educación nutricional, comenzar un programa de ejercicio...).
- ¿Resuma brevemente de su experiencia en la actividad física?
- ¿Siente que ha fallado usted o las personas que solicito asesoría o ambas?

Firma Cliente: