

Formatos de Valoración para el usuario

PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO ORIENTADO A LA SALUD

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Fecha *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

2. Categoría de usuario *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Niño
- ☐ Adulto joven
- ☐ Adulto
- ☐ Adulto mayor

INFORMACIÓN DE REGISTRO

3. Nombre completo *

4. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

5. Dirección de residencia *

6. Edad *

7. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Solter@
- ☐ Casad@
- ☐ Unión Libre
- ☐ Otra

8. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

9. EPS *

10. Grupo sanguíneo *

11. Email *

12. Contacto de emergencia. *

Mencione el parentesco y el teléfono

13. Teléfono *

ANTECEDENTES FAMILIARES

14. Alguno de sus familiares (padres, tíos, abuelos o hermanos) padece o ha padecido una o varias de las siguientes enfermedades: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Enfermedades crónicas
- ☐ Muerte súbita
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Obesidad
- ☐ Infarto o accidentes cerebro vasculares
- ☐ Hipo, hipertiroidismo o problemas endocrinológicos
- ☐ Otros: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DEL USUARIO

15. ¿Sufre de alguna de las siguientes enfermedades? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedades crónicas
- ☐ Enfermedades respiratorias
- ☐ Enfermedades cerebro vasculares
- ☐ Otros: _____

16. Si su respuesta anterior es enfermedades respiratorias o la opción de "otras" mencione cuales son.

17. Usted ha tenido intervenciones quirúrgicas *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otros: _____

18. ¿Usted ha sufrido o sufre alguna lesión que le impida realizar algún tipo de actividad física? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otros: _____

19. ¿Usted tiene algún tipo tratamiento farmacológico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

20. Si su respuesta es si, indique que medicamentos toma.

21. ¿Mantiene algún tipo de tratamiento medico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

22. Si su respuesta es si, indique el tratamiento medico

23. ¿Sufre alguna intolerancia o alergia? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

24. Si su respuesta es si, mencione a que le tiene intolerancia o alergia

25. ¿Ha estado o esta en algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

26. ¿Sufre de alguna enfermedad? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

27. Si su respuesta es si mencione que tipo de enfermedad

HABITOS Y ESTILO DE VIDA DEL USUARIO

28. ¿Consume alguna sustancia psicoactiva? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

29. Si su respuesta es si, mencione cuales

30. ¿Consume alcohol? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

31. ¿Con que frecuencia lo hace?

32. ¿fuma? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

33. ¿Con que frecuencia fuma?

34. Horas de sueño *

Marca solo un óvalo.

☐ De 4 a 6 horas al día

☐ De 7 a 9 horas al día

☐ De 10 a 12 horas al día

35. ¿Toma vitaminas o algún suplemento alimenticio? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

36. Si su respuesta es si, mencione cuales son

37. ¿Cuántas veces come al día? *

38. ¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos? *

Marca solo un óvalo por fila.

	1 a 2 veces por semana	2 a 4 veces por semana	6 a 7 veces por semana	No consume ninguno de estos alimentos	otro
Frutas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos con poca cantidad de nutrientes: (perro, hamburguesa, salchipapa, embutidos,etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteína animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. ¿Ya has tenido experiencias en centros de acondicionamiento físico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

40. ¿Ha realizado deporte de forma competitiva? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

41. ¿Qué deporte practicaba, con que regularidad y cuanto tiempo lo practico?

42. ¿Cómo fue la experiencia?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Otros: _____

43. ¿Cuántas veces consumes o bebes agua al día? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1 a 2 veces
- ☐ 3 a 4 veces
- ☐ 5 a 6 veces
- ☐ 7 a 8 veces
- ☐ No bebo agua
- ☐ Otros: _____

44. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre? *

45. Horario de entrenamiento preferido *

Marca solo un óvalo por fila.

	Mañana	Medio día	Tarde	Noche
Domingo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Martes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miércoles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jueves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viernes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBJETIVOS PERSONALES

46. ¿Cuál es su objetivo principal para su programa de entrenamiento? Puede elegir DOS objetivos como máximo: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Aumentar su masa muscular (Hipertrofia).
- ☐ Tonificar o Endurecer.
- ☐ Bajar de peso.
- ☐ Sentirse mejor.
- ☐ Por prescripción medica.
- ☐ Otros: _____

PERFIL ANTROPOMETRICO RESTRINGIDO

Lo siguientes puntos los llenara el profesional que este acompañando al usuario ya que se van a abordar mediciones

47. ¿Cuándo fue su último control medico? *

PESO (kg)

PESO DESEADO (kg)

Perímetro abdominal cintura

INDICES en cm

1. IMC
2. ITM
3. ICC
4. ICT

PLIEGUES en mm

1. Bicipital
2. Tricipital
3. Subescapular
4. Cresta iliaca
5. Supra espinal
6. Abdominal
7. Muslo
8. Pierna medial
9. Axilar medial

CIRCUNFERENCIAS en mm

1. Brazo relajado
2. Brazo contraído
3. Cintura mínima
4. Glúteo
5. Pierna máxima

DIAMETROS en mm

1. Húmero
2. Muñeca

PAR-Q

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.

48.

*

¿Su medico le ha dicho algo referente a que usted tenga algún problema cardiaco?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

49.

*

¿Usted siente dolor en el pecho al momento de realizar alguna actividad física?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

50.

*

¿El mes pasado sintió algún dolor en el pecho mientras realizaba alguna actividad física

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

51.

*

¿Usted pierde el equilibrio cuando se marea o ha perdido el conocimiento?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

52.

*

¿tiene algún problema óseo o de articulaciones que puede empeorar por un cambio en su actividad física?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

53.

*

¿Su medico le receta actualmente medicamentos diuréticos, presión arterial o afección cardíaca?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

54.

*

¿Conoce alguna otra razón por la cual no deba de realizar actividad física?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

55. OBSERVACIONES

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

