

CUESTIONARIO DE SALUD & PERSONAL TRAINING

Evaluación inicial antes de comenzar un acompañamiento deportivo personalizado

Objetivo del documento:

Comprender mejor su salud, experiencia, objetivos y limitaciones para adaptar las sesiones con seguridad. Responda con precisión. Ante una duda médica, el entrenador podrá solicitar la opinión de su médico antes de iniciar o continuar la actividad.

A. DATOS PERSONALES Y DE CONTACTO

1. Información personal

Apellidos:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:	Código postal / Localidad:

2. Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre y apellidos:	Relación con usted:
Teléfono:	Médico habitual (opcional):

B. SALUD Y SEGURIDAD

3. ¿Cómo valora actualmente su estado de salud general?

☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Delicado

4. ¿Algún médico le ha desaconsejado o limitado alguna actividad física?

Si es así, indique el motivo y las recomendaciones.

☐ No ☐ Sí

5. ¿Tiene actualmente o ha tenido alguno de los siguientes problemas?

Indique el diagnóstico, la fecha y la situación actual.

☐ Cardíaco / tensión ☐ Respiratorio ☐ Metabólico / diabetes ☐ Neurológico ☐ Otro

6. ¿Siente síntomas durante el esfuerzo o en reposo?

Indique la frecuencia, las circunstancias y el último episodio.

☐ Dolor torácico ☐ Falta de aire inusual ☐ Mareos / malestar ☐ Palpitaciones ☐ Ninguno

7. ¿Tiene o ha tenido dolores, lesiones, operaciones o limitaciones articulares?

Zona afectada, posible diagnóstico, fecha, tratamientos recibidos y movimientos que debe evitar.

8. ¿Sigue algún tratamiento o toma medicamentos que puedan influir en el esfuerzo?

Nombre / función del tratamiento y precauciones útiles (no interrumpa un tratamiento sin consejo médico).

☐ No ☐ Sí

9. ¿Hay alguna situación particular que debamos tener en cuenta?

☐ Embarazo / posparto ☐ Alergia ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad reciente ☐ Ninguna ☐ Otra

C. TRAYECTORIA DEPORTIVA Y NIVEL ACTUAL**10. ¿Cuál es su trayectoria deportiva?**

Deportes practicados, nivel, años, regularidad, competiciones y fecha del último periodo activo.

11. ¿Qué actividad física realiza actualmente en una semana habitual?

Tipo, frecuencia, duración, intensidad, pasos diarios o hábitos de desplazamiento activo.

12. ¿Qué ejercicios le gustan y cuáles desea evitar?

Indique también posibles miedos, malas experiencias o preferencias de acompañamiento.

D. OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS**13. ¿Cuáles son sus objetivos prioritarios?**

Ordene sus 1 a 3 prioridades y describa el resultado deseado.

☐ Salud / energía ☐ Perder peso ☐ Ganar masa muscular ☐ Fuerza ☐ Movilidad ☐ Rendimiento ☐ Bienestar

14. ¿Tiene una fecha objetivo e indicadores de éxito?

Fecha, peso o medidas si procede, capacidades físicas, ropa, dolores, sueño, confianza, etc.

15. ¿Qué espera concretamente de su entrenador?

Describe lo que más le ayudaría y lo que no desea.

☐ Sesiones ☐ Programa autónomo ☐ Nutrición ☐ Motivación ☐ Técnica ☐ Seguimiento / medidas

E. ESTILO DE VIDA, SUEÑO Y ESTRÉS**16. Describa su día a día y sus principales limitaciones.**

Trabajo sedentario o físico, horarios, desplazamientos, obligaciones familiares, tiempo disponible y entorno de entrenamiento.

17. ¿Cómo son su sueño, recuperación y nivel de energía?

Horas por noche: _____ Calidad /10: _____ Energía /10: _____ Despertares, horarios irregulares, trabajo nocturno, fatiga.

18. ¿Cuál es su nivel actual de estrés y cómo lo gestiona?

Estrés /10: _____ Causas principales, efecto en el sueño, alimentación o entrenamiento y estrategias útiles.

19. ¿Cuáles son sus hábitos de vida?

Tabaco / nicotina, alcohol, hidratación, tiempo sentado, ocio y recuperación. Indique frecuencia y cantidad cuando proceda.

F. ALIMENTACIÓN Y SUPLEMENTOS**20. Describa un día habitual de alimentación.**

Desayuno, comidas, tentempiés, bebidas, horarios, cantidades aproximadas y diferencias los fines de semana.

21. ¿Sigue una dieta o tiene alergias, intolerancias o dificultades alimentarias?

Indique también picoteo, compulsiones, problemas digestivos o antecedentes de trastornos alimentarios si desea informar al entrenador.

☐ Ninguno ☐ Vegetariano / vegano ☐ Alergia / intolerancia ☐ Restricción médica ☐ Otro

22. ¿Toma suplementos alimenticios o productos para el rendimiento?

Producto, marca, dosis, frecuencia, motivo y desde cuándo. Mencione también cafeína, bebidas energéticas u otras sustancias relevantes.

☐ No ☐ Sí

23. ¿En qué aspectos nutricionales desea recibir apoyo?

Expectativas, dificultades y cambios que se siente preparado/a para probar.

☐ Estructura de comidas ☐ Proteínas ☐ Calorías / porciones ☐ Hidratación ☐ Suplementos ☐ Organización

G. MOTIVACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SEGUIMIENTO**24. ¿Por qué desea empezar ahora?**

Motivación /10: _____ Confianza en lograrlo /10: _____ Impulso principal y obstáculo principal.

25. ¿Qué organización del entrenamiento le conviene?

Sesiones acompañadas por semana:	Días y horarios:
Duración de una sesión:	Lugar:
Sesiones autónomas posibles por semana:	
Material disponible:	
Presupuesto o limitaciones que señalar:	

26. ¿Cómo desea medir los progresos y comunicarse entre sesiones?

Frecuencia de revisiones: _____ Canal: ☐ WhatsApp ☐ E-mail ☐ App ☐ Otro: _____ Recordatorios / seguimiento deseado:

☐ Peso ☐ Medidas ☐ Fotos ☐ Pruebas físicas ☐ Bienestar ☐ Diario de entrenamiento

H. SÍNTESIS Y VALIDACIÓN**27. Las tres prioridades acordadas para el plan de acompañamiento****28. Precauciones, adaptaciones o derivación médica acordadas con el entrenador****Declaración y consentimiento**

Confirmando que he respondido honestamente según mi conocimiento y me comprometo a informar al entrenador de cualquier cambio de salud, dolor o síntoma. Entiendo que este cuestionario no constituye un diagnóstico ni un consejo médico. Autorizo el tratamiento confidencial de estos datos únicamente para organizar y garantizar la seguridad de mi acompañamiento deportivo, conforme al derecho aplicable. Puedo solicitar acceso, rectificación o supresión de mis datos, sin perjuicio de las obligaciones legales.

☐ Confirmando la exactitud de los datos ☐ Consiento el tratamiento confidencial descrito anteriormente

Lugar y fecha:	Firma del/de la cliente:
Nombre del entrenador:	Firma del entrenador:

Decisión antes de empezar: ☐ Actividad posible según el plan acordado ☐ Adaptaciones necesarias ☐ Opinión / certificado médico solicitado