

EXITO28MADRID®

CUESTIONARIO ANEXO AL FORMULARIO INICIAL **PLANIFICACIÓN NUTRICIONAL/PREPARACIÓN FÍSICA** **(HISTORIA CLÍNICO-NUTRIOLÓGICA Y FÍSICO-DEPORTIVA)**

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Correo postal: _____ Nº _____ Piso _____ CP: _____

Peso y altura actual: _____

¿Ha experimentado pérdida o ganancia de peso significativa en los últimos 6 meses? ____
En caso afirmativo subraye si ha sido de forma voluntaria o involuntaria.

Ocupación: _____

Motivo de la consulta:

INDICADORES CLÍNICOS

Antecedentes Salud/Enfermedad

Problemas actuales:

Diarrea: _____ Estreñimiento: _____ Gastritis: _____ Gases: _____

Úlcera: _____ Náusea: _____ Vómito: _____

Colitis: _____ Pirosis: _____ Dentadura: _____ Otros: _____

¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? ¿Cuál?

¿Ha padecido alguna enfermedad importante? ¿Cuál?

¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? _____

Dosis: _____ ¿Desde cuándo? _____

Toma:

Laxantes: _____ Diuréticos: _____ Antiácidos: _____ Analgésicos: _____

¿Le han practicado alguna cirugía? _____

En caso afirmativo, indique por qué y cuánto hace de ello

Fecha del último reconocimiento médico o prueba de esfuerzo supervisada

Antecedentes familiares

Obesidad: _____

Diabetes: _____

Hipertensión arterial: _____

Cáncer: _____

Hipercolesterolemia: _____

Hipertrigliceridemia: _____

Aspectos ginecológicos (en caso de ser mujer)

¿Se encuentra embarazada actualmente? _____

¿En qué semana se encuentra? _____

¿Toma anticonceptivos orales? _____ Nombre: _____ Dosis: _____

¿Se encuentra en el climaterio? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Usa terapia hormonal sustitutiva? _____ Nombre: _____ Dosis: _____

Aspectos de programación física (en caso de desear planificación de entrenamientos)

Historial pasado de actividad física y deportes practicados:

Cuánto tiempo lleva entrenando de forma continuada: _____

Disponibilidad horaria para los entrenamientos: (Mañana/Tarde/Noche)

Número de días a la semana disponibles: _____

Horario y número de horas disponibles: _____

Lugar donde llevará a cabo los entrenamientos y material a su disposición:

(Se puede adjuntar un video o imágenes explicativas del mismo)

(Sea lo más preciso y detallado posible y piense en las posibilidades que ofrecen las diferentes instalaciones, pistas de atletismo, piscina, salas polivalentes, pesos libres, máquinas, resistencias elásticas, su propio cuerpo, etc. Sea mucho, poco o nada, adaptaremos el entrenamiento a su disponibilidad y accesibilidad a unos u otros medios. Recuerde que el cuerpo humano es la resistencia más primigenia de todas y siempre servirá como carga e intensidad para muchos tipos de entrenamiento, como el "body weight training")

Preferencias de entrenamiento (puntos que más detesta y ejercicios preferidos)

Ejercicios que por restricciones médicas, por dolores o dificultad física, sabe que no debe o no puede llevar a cabo (enumere también lesiones, cirugías, problemas cardiovasculares, endocrinos, metabólicos, osteoarticulares, psicológicos que haya padecido y/o que padezca en la actualidad):

ESTILO DE VIDA

Diario de comidas (24 horas)

Por favor detalle exhaustivamente las comidas que ha realizado el día anterior, desde que se levantó hasta que se fue a la cama.

COMIDA	HORA	ALIMENTO Y CANTIDAD
Desayuno		
Media Mañana		
Comida		
Merienda		
Cena		

(Ejemplo: Desayuno 7 am: 1 barra de pan con 1 cucharada de aceite de oliva + 2 lonchas de jamón marca "5 Jotas" + 1 vaso 250 ml de zumo de naranja natural + 1 café con leche desnatada y 1 cucharadita de azúcar).

Actividad física, laboral y descanso diario:

Tipo de actividad física: _____

Horario (Frecuencia y duración):

¿Desde hace cuánto tiempo? _____

Tipo de actividad laboral: _____

Horario (Frecuencia y duración):

Número de horas que duerme diariamente (Incluyendo hora de levantarse y de acostarse):

Consumo de:

Tabaco: _____

Alcohol: _____

Café: _____

(Indique frecuencia y cantidad)

Presión arterial:

Hora: _____

Medición: _____

INDICADORES BIOQUÍMICOS

Revisión de analítica y anotación de datos relevantes:

INDICADORES DIETÉTICOS

¿Cuántas comidas hace al día? _____

	Comidas en casa	Comidas Fuera
Entre diario		
Fines de semana		

¿Quién hace la compra?: _____

¿Quién cocina?: _____

¿A qué hora tiene más hambre?: _____

¿Cuáles son sus alimentos preferidos?: _____

¿Qué alimentos le desagradan?: _____

Alimentos que le causan malestar:

¿Es alérgico a algún tipo de alimento? ¿Cuál?

¿Toma algún suplemento o complemento? ¿Cuál? Especifique la dosis y hora del día:

¿Su consumo varía dependiendo de su estado de ánimo? Especifique cuando:

¿Agrega sal a la comida ya preparada?: _____

¿Ha hecho alguna vez dieta? ¿Cuándo? ¿Cuál?

¿Ha utilizado medicamentos para perder peso o ganar masa muscular?

FRECUENCIA DE CONSUMO

¿Cuántas veces en semana consume los siguientes alimentos?

Legumbres (garbanzos, guisantes, lentejas, habas, judías...)	
Pasta	
Arroz	
Pan	
Azúcar	
Pescado	
Carne de cerdo	
Carne de ternera	
Bollería	
Fruta	
Verdura	
Indique los tres principales objetivos que desea conseguir con la planificación, por orden de importancia	
1.	
2.	
3.	

Cuanta más información pueda aportar y más detallada sea la misma, mejor conseguiremos planificarle y diseñar de forma pormenorizada el plan nutricional y/o la preparación física, en pos de la consecución de sus objetivos, adaptando todas las variables a sus necesidades y características personales.

Por último recordarle la necesidad de que cumplimente el cuestionario completo de EXITO28MADRID (siempre y cuando se le haya proporcionado), para poder tenerle registrado en nuestra base de datos, haciendo uso de los mismos únicamente para la aproximación y adaptación del desarrollo de nuestros servicios en beneficio suyo, y haciendo uso de dichos datos única y exclusivamente por parte del equipo profesional relativo a mi persona, JOSUÉ TARÍ MADARIAGA, N^o COLEGIADO 55723, como Director del Programa Exito28Madrid, y en caso de no ser yo la persona última encargada de su atención directa, el profesional Licenciado en CCAFYD o Nutricionista Diplomado/Graduado, como responsable encargado de su planificación, protegiendo siempre y en todo momento la confidencialidad de la información que aparezca reflejada en el registro de todos y cada uno de sus datos personales.

Gracias nuevamente por la confianza depositada en nosotros, el interés y el tiempo invertido en dicha entrevista inicial.

FIRME ESTA ÚLTIMA HOJA, COMO APROBACIÓN DE SU CONOCIMIENTO, DE QUE TODO LO RELATIVO A SU PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ENTRENAMIENTO Y/O NUTRICIÓN, ÚNICAMENTE SERVIRÁ COMO GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS, Y QUE EN CASO DE ENCONTRAR ALGUNA ANOMALÍA O PROBLEMA DE SALUD DURANTE EL TRANSCURSO DEL PROGRAMA, SE SUSPENDERÁ DE INMEDIATO EL MISMO, Y SIEMPRE PRIMARÁ POR ENCIMA DE CUALQUIER RECOMENDACIÓN DISPUESTA EN LA PLANIFICACIÓN, LAS RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES QUE SU MÉDICO FACULTATIVO CORRESPONDIENTE LE FACILITE, HACIENDO USO DEL MISMO PLAN SIEMPRE BAJO EL CONSENTIMIENTO MÉDICO Y SU CRITERIO INDIVIDUAL PROPIO.

En el caso de conocer o tener registro de algunas de sus mejores marcas personales en algunas de las siguientes pruebas y ejercicios, por favor rellene los campos con dicha información:

Mejores tiempos:

Carrera 100m:

Carrera 400m:

Carrera 1000m:

Natación 100m:

Mejores marcas:

Máx Reps Dominadas:

Máx Reps Dips:

Máx Reps Remos Horizontales:

Máx Reps Fondos Horizontales:

Mejores marcas:

1 RM Sentadilla:

1 RM Press Banca:

1 RM Peso Muerto.

FECHA:

DNI:

FIRMA DEL CLIENTE:

EXITO28MADRID

