# ASESORAMIENTO JABEFITNESS.COM

## DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS**  ESCRIBE NOMBRE Y APELLIDOS AQUÍ | | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO**  09/05/1988 | | |
| **DIRECCIÓN**  CALLE , BLOQUE, NUMERO…. ETC | | | | | | | | | **C.P.**  XXXXX |
| **LOCALIDAD**  LOCALIDAD DONDE RESIDES | | | **PROVINCIA**  PROVINCIA DONDE RESIDES | | | | | | |
| **TELÉFONO**  000 00 00 00 | **EMAIL**  EMAIL@EMAIL.COM | | | | **TWITTER**  @loquesea | | | | |
| **SEXO (V o M)**  Varón | **ALTURA (cm)**  XXX cm | **PESO (Kg)**  XX.X Kg | | **CUELLO (cm)**  XX cm | | **CINTURA (cm)**  XX,X cm | | **CADERA (cm)** | |

## CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA PAR-Q (Physical activity readiness questionnarie)

|  |  |
| --- | --- |
|  | SÍ / NO |
| ¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas de corazón y que solo puede hacer actividad física regulada por un médico? |  |
| ¿Tiene dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física? |  |
| En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando está haciendo algún tipo de actividad física? |  |
| ¿Pierde el equilibrio por mareos o ha perdido en alguna ocasión el conocimiento? |  |
| ¿Tiene problemas en algún hueso y/o articulación que pueda ser agravado por la práctica de actividad física? |  |
| ¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón (como diuréticos)? |  |
| ¿Sabe alguna otra razón que pueda ir en contra o poner en riesgo su plan de acondicionamiento? |  |

## CUESTIONARIO PARA VALORAR EL ESTADO DE FORMA ACTUAL

**1. Detalla en unas líneas qué tipo de actividad física realizas generalmente en tu profesión, intensidad y horas.**

**2. ¿Qué objetivos tienes realmente en la actualidad? (Aumentar volumen muscular, perder grasa, mejorar fuerza….)**

**3. Hasta el día de hoy ¿has realizado algún tipo de entrenamiento específico? ¿cuántas horas y días a la semana has dedicado a ello?**

**4. En tu día a día ¿cuántas horas sueles dormir? ¿A qué hora sueles levantarte? ¿Cuántas comidas realizas? Describe qué tipos de comidas realizas, qué alimentos y BEBIDAS sueles consumir (Desayuno, Almuerzo, Comida principal, Meriendas, Pre y post-entrenos, Cenas….)**

**5. ¿Has seguido anteriormente alguna dieta específica para tu objetivo? ¿Has pesado alguna vez los alimentos? De ser así, describe la dieta que realizaste.**

**6. ¿Sueles consumir bebidas alcohólicas? ¿Cuántas veces por semana y qué cantidad? ¿Fumas?**

**7. ¿Tienes capacidad para poder elaborar tus comidas, o dependes de alguien?**

**8. ¿Cuántos días a la semana deseas entrenar? ( 3, 4, 5 o 6 )**

**9. ¿Qué días de la semana y a qué hora entrenarías?**

**10. ¿Eres socio/a de algún gimnasio?**

**11. Anteriormente, ¿has utilizado algún suplemento deportivo? De ser así ¿qué suplementos has utilizado, con qué objetivo, tuviste alguna orientación o fue por voluntad propia?**

**12. ¿Has sufrido alguna lesión que te impida realizar algún movimiento?**

**13. Si crees que debo saber algo más acerca de tu estado físico o mental, por favor, describe en las siguientes líneas lo que creas oportuno.**

**14. Para finalizar y de forma OPCIONAL** **(muy recomendable), puedes adjuntar a continuación algunas fotos tuyas de perfil y de frente para poder valorar de forma objetiva tu estado actual**