

Nombre de entrenador: \_\_\_\_\_

# FITNESSWARRIORS

**Cuestionario para participantes nuevos** – Por favor complete esta hoja lo mejor que pueda. Utilizaremos esta información para ayudarle a lograr sus metas físicas y para seguir sus progresos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ (pulgadas) Peso: \_\_\_\_\_ (libras) Código postal: \_\_\_\_\_

## Disposición para hacer actividad física

- | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Le ha dicho a usted su médico que tiene un problema cardíaco o que sólo haga ejercicio recomendado por un médico?                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Cuando hace actividad física, ¿tiene dolor de pecho?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. A lo largo del mes pasado, ¿ha tenido dolor de pecho cuando NO hacía actividad física?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Pierde su equilibrio debido al mareo o se desmaya?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Tiene problemas de huesos o de articulaciones (la espalda, la rodilla, la cadera) que podrían empeorarse si usted cambiara su actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. De momento, ¿le prescribe su médico un medicamento para la presión sanguínea o para otra condición?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Hay otra razón por la cual no deberías hacer actividad física?  |

*Si usted respondió que "Sí" a uno o más de las preguntas arriba: Hable con su médico por teléfono o en persona ANTES de comenzar a hacer mucho más actividad física que ya la hace. Avísele sobre este cuestionario y sobre las preguntas a las cuales respondió "Sí."*

Puede ser que usted pueda hacer cualquier actividad que quiera tanto como comience y aumente la intensidad poco a poco. Por otro lado, puede ser que sólo debiera hacer las actividades que son recomendadas por su médico. Hable con su médico sobre las actividades que quiere hacer y siga sus consejos.

## Historial de actividad física y Metas físicas

**¿Durante cuántos minutos a la semana hace usted actividad física (caminar, hacer deportes, bailar)?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-30 minutos/semana   | <input type="checkbox"/> 30-60 minutos/semana   | <input type="checkbox"/> 60-90 minutos/semana |
| <input type="checkbox"/> 90-120 minutos/semana | <input type="checkbox"/> 120-150 minutos/semana | <input type="checkbox"/> 150+ minutos/semana  |

**Evalúe su estado físico actual en una escala del 1 (lo más bajo) al 5 (lo más alto):**

- |                            |   |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| Nivel de energía:          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nivel de flexibilidad:     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nivel de fuerza:           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nivel de aguante cardíaco: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**¿Incluyen sus metas físicas alguna de las siguiente? Indique todas que se aplican.**

- Me gustaría perder peso por el bien de mi salud.
- Me gustaría reducir el número de medicamentos que tomo actualmente.
- Me gustaría reducir mi nivel de estrés y elevar y estabilizar mi estado emocional.
- Me gustaría mejorarme la habilidad de desempeñar las actividades y tareas diarias.