



# FORMULARIO PERSONAL

## DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE: .....

EDAD: ..... SEXO:.....

TALLA: ..... PESO:.....

TELEFONO:..... E-MAIL:.....

## SALUD

SI

NO

1- Sufres alguna enfermedad ?

• Que enfermedad tienes?.....

.....

• Que tratamiento recibes?.....

.....

2- Recibes medicación regularmente por alguna causa?.....

• Especificar el medicamento, dosis, y a que tratamiento  
corresponde.....

.....

3- Tienes algún impedimento o lesión física?

• Cuál?.....

.....

<p><b>4- Tienes alguna adicción? Ej. Tabaco, alcohol, etc.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál?.....</li> <li>.....</li> </ul>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p><b>5- Has tenido alguna intervención o cirugía estética?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál ?.....</li> <li>.....</li> </ul>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p><b>6- Actualmente asistes a alguna terapia Pscológica?</b></p>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ALIMENTACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p><b>1- Describe brevemente que alimentos consumes en tus comidas diarias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desayuno:.....</li> <li>• Media Mañana:.....</li> <li>• Almuerzo:.....</li> <li>• Merienda:.....</li> <li>• Media Tarde:.....</li> <li>• Cena:.....</li> </ul>		
<p><b>1. Tienes intolerancia algún tipo de alimento o bebida?</b></p> <p><b>1. Cuáles? .....</b></p> <p>.....</p> <p><b>2. Que vegetales y frutas te gustan más?.....</b></p> <p>.....</p>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<p>3. Que alimentos no te gustan?.....</p>		
<p><b>ENTRENAMIENTO FÍSICO</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<p><b>NO</b></p>
<p>1- Realizas alguna actividad física?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál?.....</li> <li>• Cuántas horas por día entrenas?.....</li> </ul>		
<p>2- Prácticas algún deporte o práctica adicional? (además de las hs de entrenamiento ya especificadas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál?.....</li> <li>• Cuántas horas por día?.....</li> <li>• Cuantas hs trabajas por día?.....</li> </ul> <p>.....</p>	<p><b>SI</b></p>	<p><b>NO</b></p>
<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<p><b>NO</b></p>
<p>1- Que te gustaria ser capaz de lograr?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2- Que crees que te impide poder hacerlo?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

