



FICHA DE SALUD – CENTRO DE ENTRENAMIENTO

1. DATOS PERSONALES

- Nombre y Apellido: _____
- Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: ____
- DNI: _____
- Domicilio: _____
- Teléfono: _____ Email: _____
- Contacto de Emergencia: _____
- Teléfono de Emergencia: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES

- Médico de cabecera/especialista: _____
- Último control médico (fecha): _____
- ¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? ☐ No ☐ Sí Especifique: _____
- Antecedentes familiares relevantes: _____

3. ENFERMEDADES Y CONDICIONES ESPECÍFICAS

- ☐ Cardiopatías (HTA, arritmias, infarto, etc.)
- ☐ Problemas respiratorios (asma, EPOC, etc.)
- ☐ Diabetes / alteraciones metabólicas
- ☐ Problemas osteoarticulares o lesiones previas
- ☐ Cirugías recientes (últimos 12 meses)
- ☐ Antecedentes de Salud Mental y Bienestar Emocional (depresión-ansiedad-etc): _____
- ☐ Medicación actual: _____
- ☐ Alergias: _____
- ☐ Otros: _____
- ESPECIFIQUE: _____

4. HÁBITOS DE SALUD

- Tabaquismo: ☐ Sí ☐ No Cantidad: _____
- Alcohol: ☐ Sí ☐ No Frecuencia: _____
- Sueño: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo Promedio: ____ horas/noche
- Estrés: ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto
- Alimentación: ☐ Balanceada ☐ Desordenada ☐ Otro: _____
- ESPECIFIQUE: _____

5. ACTIVIDAD FÍSICA ACTUAL

- ¿Realiza ejercicio actualmente? ☐ Sí ☐ No
- Tipo: _____ Frecuencia: _____
- Nivel de actividad (subjetivo): ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto
- Antecedentes deportivos: _____

6. EVALUACIÓN INICIAL

- Peso (kg): _____ Talla (cm): _____
- Perímetro cintura (cm): _____
- Presión arterial (mmHg): _____ / _____ Frecuencia cardíaca en reposo (lpm): _____
- Otros (composición corporal, test funcionales): _____

7. OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO

- ☐ Salud general / bienestar
- ☐ Reducción de tejido adiposo
- ☐ Incremento de masa muscular
- ☐ Mejora de la capacidad cardiovascular
- ☐ Rehabilitación / readaptación
- ☐ Rendimiento deportivo
- ☐ Otro: _____

8. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Declaro haber respondido con veracidad la información solicitada y me comprometo a notificar cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo al centro a utilizar estos datos para fines de seguimiento de mi entrenamiento.

Firma del participante: _____ Aclaración: _____

Firma del responsable (menores de edad): _____ Aclaración: _____

Fecha: _____