Alimentación

| Si | No | |
|---|---|---|
| ○ | ○ | saludable/equilibrada |
| ○ | ○ | Comedor |
| ○ | ○ | Fast Food |
| ○ | ○ | dulces |
| ○ | ○ | grasa |

Cantidad de comidas diarias
_____

regularmente / a la misma hora

| Si | No |
|---|---|
| ○ | ○ |

Actividad profesional

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Más bien sentado | Si | ○ | No | ○ |
| Más bien de pie | Si | ○ | No | ○ |

Actividad Deportiva

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Deporte | Si | ○ | No | ○ |

Horas por semana _____

**CUESTIONES GENERALES DE SALUD**

| Si | No | |
|---|---|---|
| ○ | ○ | Gases |
| ○ | ○ | Problemas de tiroide |
| ○ | ○ | Hormonas/ Crema de hormonas |

**¿QUÉ ZONAS SE TRATAN?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ Vientre | ○ Muslos | ○ Nalgas | ○ Reafirmación de la piel |
| ○ Piernas | ○ Fortalecimiento muscular | ○ Brazos | |

¿Cuántos quilos quieres perder?
_____

¿Cuánto tiempo llevas pensando en perder peso?

_____

¿Qué importancia tiene para ti alcanzar este objetivo?

mucha poca

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Fecha, firma

# HISTORIAL MÉDICO

TÚMBATE BODYFORMING

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Dirección

C.P.

Población:

Teléfono:

Correo electrónico

## No utilizar si se dan las siguientes contraindicaciones:

| Sí | No | | Sí | No | |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ | ○ | Marcapasos | ○ | ○ | Embarazo |
| ○ | ○ | Infarto reciente (1 año) | ○ | ○ | Epilépsia |
| ○ | ○ | Trombosis aguda | ○ | ○ | Edema inflamatorio |
| ○ | ○ | Ictus agudo | ○ | ○ | Lactancia |
| ○ | ○ | Paciente oncológico | ○ | ○ | Cirugía el año pasado *en las zonas a tratar* |

He negado las contraindicaciones aquí enumeradas y lo confirmo con mi firma.

Fecha, Firma:

## Preguntas generales

| | Sí | No |
|---|---|---|
| Tomo medicación con regularidad: | ○ | ○ |

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
_____

Lipoedema: diagnosticado ○ probablemente ○

Hábitos de bebida::

| | Sí | No | | Si | No |
|---|---|---|---|---|---|
| Café | ○ | ○ | Zumos | ○ | ○ |
| Té | ○ | ○ | Agua | ○ | ○ |
| Alcohol | ○ | ○ | Refrescos | ○ | ○ |

Total litros diarios _____