



4

FOR CLIENTS INTERESTED IN THE EXERCISE PROGRAM

PARA CLIENTES INTERESADOS EN EL PROGRAMA DE EJERCICIO

MEDICAL HISTORY AND CURRENT STATUS QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA Y ESTADO ACTUAL

A) Family Medical History / Historia Médica Familiar:

Please indicate if any direct family members have had the following:



Por favor Indique si alguno de sus familiares directos ha presentado lo siguiente:



- Heart disease / Enfermedades del corazón _____
- Kidney disease / Enfermedades renales _____
- Cancer / Cáncer _____
- Diabetes / Diabetes _____
- Broken bones or chronic conditions / Fracturas o condiciones crónicas _____
- Mental health disorders / Trastornos mentales _____
- Substance abuse / Abuso de sustancias _____
- Other relevant conditions / Otras condiciones relevantes _____



4

B) Personal Information Información Personal

- Age / Edad: _____
- Height / Estatura: _____
- Weight / Peso: _____
- Medical conditions / Condiciones médicas: _____
- Medications / Medicamentos: _____
- Alcohol use / Consumo de alcohol: _____
- Drug use / Consumo de drogas: _____
- Eating habits / Hábitos alimenticios: _____
- Main foods / Alimentos principales: _____
- Physical activity / Actividad física: _____
- Sports / Deportes: _____
- Hobbies / Pasatiempos: _____
- Current symptoms (if any) / Síntomas actuales (si aplica): _____

Name: _____ Client Signature: _____ Date: _____

Nombre: _____ Firma del Cliente: _____ Fecha: _____