



## Ejercicios de evaluación para usar durante un Análisis Postural

Nombre del ejercicio	¿Qué se está evaluando?
<b>Trabajo de pies en Reformer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Equilibrio</li> <li><input type="checkbox"/> Simetría</li> <li><input type="checkbox"/> Movilidad y agilidad de las articulaciones en piernas y pies.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ¿Pueden alinear las articulaciones de la cadera, rodilla, y tobillo con el metatarsiano correctamente en una posición paralela? ¿Pueden mantener esa alineación durante el movimiento?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Pueden alinear correctamente las articulaciones de la cadera, rodilla, y tobillo con el metatarsiano en una rotación lateral?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen algún desequilibrio muscular o desviación?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen una pierna dominante?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen los pies en posiciones pronadas o supinadas?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Pueden mantener la columna en posición neutra al realizar trabajo de pies?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Necesitaron ajustar los muelles, el apoyacabezas o la barra de muelles?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Necesitan desarrollar balance, simetría y movilidad las articulaciones de las piernas y pies?</li> </ul>	
Nombre del ejercicio	¿Qué se está evaluando?
<b>Puentes en el Reformer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Equilibrio</li> <li><input type="checkbox"/> Flexibilidad de la columna</li> <li><input type="checkbox"/> Movilidad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen consciencia corporal y mental?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Pueden arquear su columna vertebral?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen alguna protuberancia o una hernia discal? Si es así, por favor, pídeles que hagan un Puente de Hombros</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Tienen algún desequilibrio muscular?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Experimentaron alguna dificultad en la estabilidad?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Experimentaron alguna dificultad en la movilidad?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Necesitan mejorar la flexibilidad en su columna, equilibrio o movilidad?</li> </ul>	
Nombre del ejercicio	¿Qué se está evaluando?
<b>Plancha en el Reformer (de frente a los escaladores)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estabilidad de la columna</li> <li><input type="checkbox"/> Estabilidad del core</li> <li><input type="checkbox"/> Resistencia del core</li> <li><input type="checkbox"/> Movilidad de las articulaciones de la cadera y rodilla.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ¿Pudieron mantener la posición de plancha?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Pudieron realizarlo con las manos sobre el carro?</li> <li><input type="checkbox"/> Si no es así, ¿colocaste una Caja Corta sobre el Reformer?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Qué muelles se utilizaron?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Fue necesario cambiar los muelles durante este ejercicio?</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Fueron capaces de mantener una firme estabilidad del hombro?</li> <li><input type="checkbox"/> Si lograron estabilidad del hombro, ¿pudieron incorporar la movilidad de la cadera?</li> </ul>	



INSTRUCTOR: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Femenino / Masculino Ocupación: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Posee una condición cardíaca verificada por un médico y le han recomendado solo actividades supervisadas por un profesional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Siente dolor de pecho provocado por la actividad física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Suele perder el conocimiento o caerse como resultado de los mareos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma - sin tratar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Le han recomendado medicamentos para la presión arterial o enfermedades cardíacas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Tiene algún problema en los huesos o las articulaciones que puedan agravarse con la actividad física propuesta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis - Bursitis Reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Conoce, por experiencia propia o por recomendación médica, alguna otra condición física que requiera ejercitarse bajo supervisión médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Tiene más de 65 años y no está acostumbrado al ejercicio intenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Operación reciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Problema sacroilíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Problemas de Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Problemas de Espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si respondió "SÍ" en alguna de las anteriores, por favor, responda lo siguiente:

¿Ha consultado a su médico sobre el aumento de actividad física y/o realizar una evaluación de estado físico?  SÍ  NO

Si respondió "NO" a la pregunta n.º 8, ¿Consultará a su médico antes de aumentar su actividad física y/o realizar una evaluación de su estado físico?  SÍ  NO

Si respondió "SÍ" en alguna de las anteriores, consulte a su instructor principal antes de programar el ejercicio.

Cervical  Torácico  Lumbar

NOTAS:

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que un médico puede solicitar una nota. Si se solicita una nota, yo NO continuare con este entrenamiento hasta que se reciba la nota.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

HISTORIA

¿Cuándo fue la última vez que se sintió a gusto con su condición física?

¿Qué ha cambiado?

¿Cómo se sentía en ese momento?

NOTAS:

OBJETIVO

¿Cuáles son sus metas y por qué?

¿Hace cuanto tiempo esta pensando en cumplir estas metas?

¿Qué crees que te ha estado frenando?

¿Qué quieres lograr?

COACHING PRIVADO y PERFIL NUTRICIONAL

¿Ha trabajado alguna vez con un entrenador personal, instructor o coach?

Háblame de tu nutrición.

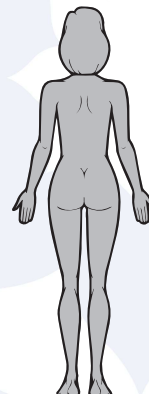
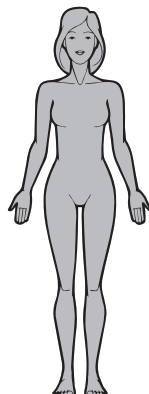
¿Qué medicamentos/vitaminas está tomando que podrían afectar su entrenamiento?



**OBSERVACIONES ESQUELÉTICAS**

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCTOR: \_\_\_\_\_



**VISTA LATERAL**

- TOBILLO | D
- RODILLA | D
- CADERA | D
- PELVIS
- LUMBAR
- TORAX
- CERVICAL
- EJE VERTICAL

**VISTA FRONTAL**

- PIES | D
- RODILLA | D
- PELVIS
- CAJA TORÁCICA
- HOMBRO | D
- CABEZA
- EJE VERTICAL

**VISTA TRASERA**

- PIES | D
- FÉMUR | D
- ESCAPULA
- HÚMEROS
- OBSERVAR SU ROLL DOWN PARADO

**OBSERVACIONES PROFESIONALES Y RECOMENDACIONES**

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan comprometido está con cumplir sus metas?

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
<b>APRENDIENDO LAS BASES</b>							
1							
2							
3							
4							
<b>CONSTRUYENDO FUERZA Y CONSCIENCIA CORPORAL</b>							
5							
6							
7							
8							
<b>CUMPLIENDO TUS METAS</b>							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

NOTAS SOAP (Subjetivo, Objetivo, Evaluación, Plan):

OPCIONES DEL PAQUETE:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_