



EJEMPLO DE CUESTIONARIO PARA NUEVOS CLIENTES

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Profesión: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____

Número de contacto en caso de emergencia: _____

¿Has participado anteriormente en ejercicios de Pilates? S N

Por favor describe: _____

Actividades físicas actuales: _____

¿Participas actualmente en algún tipo de terapia? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (por ejemplo: fisioterapia, quiropráctica, masajes): _____

¿Qué es lo que más deseas conseguir con el método de ejercicios Pilates?: _____

Si bien el método Pilates de acondicionamiento puede complementar muchos tipos de rehabilitación, no pretende sustituir a los médicos autorizados. Los instructores de Pilates no pueden diagnosticar ni prescribir tratamientos. Si no has sido recientemente activo físicamente, debes buscar un médico para saber tu capacidad para participar en este programa de ejercicios. Si el instructor observa limitaciones físicas importantes o un desequilibrio muscular grave, es posible que se te recomiende abstenerse de asistir a las clases y que acudas a un profesional médico.

¿Tienes alguna lesión o cirugía reciente o actual? Por favor, descríbelas, indicando las fechas: _____

Indica cualquier otro problema de salud. (hipertensión, problemas cardíacos, asma, etc.) _____

¿Estás o has estado embarazada en los últimos seis meses? _____

Ten en cuenta que, si estás embarazada o no ha pasado un año después del parto, y nunca has hecho Pilates antes, un comunicado médico será necesario antes de su primera clase o sesión.

Ten en cuenta que esto se proporciona sólo como un ejemplo. Se recomienda utilizar uno proporcionado o revisado por tu asesor legal para el cumplimiento de las leyes locales o leyes aplicables a tu práctica/negocio.



EJEMPLO DE EVALUACIÓN SOAP

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicación actual: _____

S

Subjetivo: Información / preocupaciones del paciente / cliente

Enfoque de hoy: _____

Síntomas: localización / intensidad / frecuencia / duración / aparición _____

Actividades de la vida diaria: Agravantes / Aliviantes _____

O

Objetivo: Conclusiones de los profesionales

Hallazgos: Visual / palpable / resultados de pruebas _____

Modalidades: Aplicación / localizaciones _____

A

Evaluación: Cambios debidos al masaje

Resultados funcionales / limitaciones _____

Objetivos: A corto y largo plazo _____

P

Plan: Plan de tratamiento

Tratamiento futuro / frecuencia _____

Ten en cuenta que esto se proporciona sólo como un ejemplo. Se recomienda utilizar uno proporcionado o revisado por tu asesor legal para el cumplimiento de las leyes locales o leyes aplicables a tu práctica/negocio.