

## Hoja de Recolección de Datos

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

ALTURA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ kg. EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE APTITUD FÍSICA (PAR-Q)

	Preguntas	Sí	No
1	¿Su doctor le ha dicho alguna vez que tiene un problema cardíaco y que sólo debería realizar actividad física recomendada por un especialista?		
2	¿Siente dolor en el pecho al realizar actividad física?		
3	En el último mes, ¿ha sentido dolor en el pecho sin estar realizando actividad física?		
4	¿Suele perder el equilibrio por mareos o perder el conocimiento?		
5	¿Tiene algún problema de huesos o articulaciones que podría empeorar debido a cambios en su actividad física?		
6	¿Su médico le ha recetado actualmente alguna droga para regular su presión sanguínea o para algún problema cardíaco?		
7	¿Conoce alguna otra razón por la que usted no podría realizar actividad física?		

*Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas previas, consulte a su médico antes de practicar actividad física. Dígame a su médico cuáles preguntas respondió con "Sí". Luego de una evaluación médica, pregúntele qué tipo de actividad se ajusta a su situación actual.*

## CUESTIONARIO MÉDICO GENERAL

<b>Preguntas Ocupacionales</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>1</b>	¿Cuál es su ocupación actual? _____		
<b>2</b>	¿Su ocupación requiere largos períodos sentado?		
<b>3</b>	¿Su ocupación requiere largos períodos de movimientos repetitivos? (en caso afirmativo, por favor, especifique) _____		
<b>4</b>	¿Su ocupación requiere que use zapatos de tacón? (zapatos de vestir)		
<b>5</b>	¿Su ocupación le causa ansiedad (estrés mental)?		
<b>Preguntas recreacionales</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>6</b>	¿Participa en actividades recreacionales (golf, tenis, ski, etc)? (En caso afirmativo, por favor, especifique) _____ _____		
<b>7</b>	¿Tiene algún hobby (leer, cuidar el jardín, trabajar con autos, navegar en internet, etc.)? (En caso afirmativo, por favor, especifique) _____ _____		
<b>Preguntas médicas</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>8</b>	¿Ha tenido dolencias o lesiones (tobillo, rodilla, cadera, espalda, hombros, etc)? (En caso afirmativo, por favor, especifique) _____ _____		
<b>9</b>	¿Se ha sometido a alguna cirugía? (En caso afirmativo, por favor, especifique) _____ _____		
<b>10</b>	¿Su médico le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica, como cardiopatía coronaria, arteriopatía coronaria, hipertensión (presión alta), colesterol alto o diabetes? (En caso afirmativo, por favor, especifique) _____ _____		
<b>11</b>	¿Está tomando alguna medicación actualmente? (En caso afirmativo, por favor, listelas) _____ _____ _____		