



**Cuestionario para participantes nuevos** - Por favor complete esta hoja lo mejor que pueda. Utilizaremos esta información para ayudarle a lograr sus metas físicas y para seguir sus progresos.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ (pulgadas)      Peso \_\_\_\_\_ (libras)      Código postal \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name &amp; Number \_\_\_\_\_

**Por favor, elija uno o más de los siguientes grupos del que se considere miembro.**

- Hispano o Latino
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Prefiero identificarme como \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**Prefiero identificarme como:**

- Hombre
- Mujer
- No binario
- Prefiero no responder

---

**Disposición para hacer actividad física**

**Sí      No**

- 1. ¿Le ha dicho a usted su médico que tiene un problema cardíaco o que sólo haga ejercicio recomendado por un médico?
- 2. Cuando hace actividad física, ¿tiene dolor de pecho?
- 3. A lo largo del mes pasado, ¿ha tenido dolor de pecho cuando NO hacía actividad física?
- 4. ¿Pierde su equilibrio debido al mareo o se desmaya?
- 5. ¿Tiene problemas de huesos o de articulaciones (la espalda, la rodilla, la cadera) que podrían empeorarse si usted cambiara su actividad física?
- 6. De momento, ¿le prescribe su médico un medicamento para la presión sanguínea o para otra condición?
- 7. ¿Hay otra razón por la cual no deberías hacer actividad física?

*Si usted respondió que "Sí" a uno o más de las preguntas arriba: Hable con su médico por teléfono o en persona ANTES de comenzar a hacer mucho más actividad física que ya la hace. Avísele sobre este cuestionario y sobre las preguntas a las cuales respondió "Sí."*

*• Puede ser que usted pueda hacer cualquier actividad que quiera tanto como comience y aumente la intensidad poco a poco. Por otro lado, puede ser que sólo debiera hacer las actividades que son recomendadas por su médico. Hable con su médico sobre las actividades que quiere hacer y siga sus consejos.*

---

**Historial de actividad física y Metas físicas**

¿Durante cuántos minutos a la semana hace usted actividad física (caminar, hacer deportes, bailar)?

- 0 minutos/semana       1-30 minutos/semana       31-60 minutos/semana       61-90 minutos/semana
- 91-120 minutos/semana       121-150 minutos/semana       150+ minutos/semana

---

**Evalúe su estado físico actual en una escala del 1 (lo más bajo) al 5 (lo más alto):**

	Very low	Low	Average	High	Very high
Nivel de energía:	1	2	3	4	5
Nivel de flexibilidad:	1	2	3	4	5
Nivel de fuerza:	1	2	3	4	5
Nivel de aguante cardíaco:	1	2	3	4	5

---

**¿Incluyen sus metas físicas alguna de las siguiente? Indique todas que se aplican.**

- Me gustaría perder peso por el bien de mi salud.
- Me gustaría reducir el número de medicamentos que tomo actualmente.
- Me gustaría reducir mi nivel de estrés y elevar y estabilizar mi estado emocional.
- Me gustaría mejorar mi habilidad de desempeñar las actividades y tareas diarias.
- Me gustaría sentirme seguro (a) de hacer ejercicios en frente de otros.
- Me gustaría tener conocimiento sobre la salud física.
- Me gustaría tener una perspectiva positiva sobre la vida.