



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 & 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
- ☐ de Oriente Medio o del norte de África
- ☐ 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 la 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.