

Cuestionario de antecedentes de ejercicio

Nombre del paciente _____ Fecha _____

1. ¿Está habilitado para hacer ejercicio? Sí No

2. Habitualmente, ¿qué hace para moverse y aumentar su ritmo cardíaco?

Ejercicio cardiovascular/aeróbico: (p. ej., caminar, trotar, correr, bailar)

Actividad 1 _____ por semana durante _____ minutos

Actividad 2 _____ por semana durante _____ minutos

Ejercicio de fuerza/resistencia: (p. ej., máquinas de resistencia, pesa rusa, pilates, levantamiento de pesas)

Actividad 1 _____ por semana durante _____ minutos

Actividad 2 _____ por semana durante _____ minutos

Ejercicio de flexibilidad/estiramiento: (p. ej., yoga, pilates, pilates en colchoneta, estiramientos)

Actividad 1 _____ por semana durante _____ minutos

Actividad 2 _____ por semana durante _____ minutos

Ejercicio de equilibrio: (p. ej., taichi, qigong, pelota Bosu®, baile)

Actividad 1 _____ por semana durante _____ minutos

Actividad 2 _____ por semana durante _____ minutos

3. ¿Cómo controla la intensidad del ejercicio?

Intensidad general	Prueba del habla	Esfuerzo percibido (escala de 10 puntos)	Ritmo cardíaco*
· Suave	· Puede hablar o cantar	· Menos de 3	· Menos del 64 % del ritmo cardíaco máximo
· Moderada	· Puede hablar, pero no cantar	· Entre 3 a 4	· 64 a 76 % del máximo
· Alta/fuerte	· Dificultad para hablar	· 5 o más	· Más del 76 % del máximo

*No es una medida adecuada de la intensidad si se toma un betabloqueante.

4. ¿Está satisfecho con su programa de ejercicio actual? Sí No

En caso negativo, explique el motivo. _____

5. ¿Qué es lo que lo motiva a hacer ejercicio? (Marque todas las opciones que correspondan)

Prevenir enfermedades cardíacas y un derrame cerebral	Reducir el estrés
Reducir la presión arterial	Mejorar el sueño
Controlar la glucosa en sangre	Bajar de peso
Prevenir la pérdida de masa ósea	Aumentar la agilidad mental
Aumentar la energía	Aumentar la resistencia
Aumentar la autoestima	Aumentar el interés en el sexo
Mejorar el estado de ánimo	Otra _____

6. ¿Qué tipos de ejercicio aeróbico prefiere? (Marque todas las opciones que correspondan)

Caminar	Andar en bicicleta	Aquaeróbic	Caminar con raquetas de nieve
Excursionismo a pie	Caminador elíptico	Clases de aerobio	Otra:
Patinar	Escaladoras	Esquí de fondo	
Trotar	Nadar	Esquí de descenso	
Cinta de correr	Remo	Snowboard	

7. ¿Qué es lo que más le gusta sobre hacer ejercicio? _____
8. ¿Tiene un compañero para hacer ejercicio? Sí No
9. ¿Le gusta hacer ejercicio en grupo o asistir a clases? Sí No
10. ¿Es miembro de un gimnasio o centro de salud? Sí No
11. ¿Tiene algún obstáculo para moverse o hacer actividad física? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles son?

En caso afirmativo, ¿tiene control sobre las circunstancias que rodean a los obstáculos? ¿Cómo puede superarlos?

¿Hay algún obstáculo que esté fuera de su control? En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Cuáles son algunas de las soluciones posibles para estos obstáculos? ¿Qué solución encontró anteriormente?

12. ¿Cuál es el momento del día que le resulta más conveniente para hacer ejercicio? _____
13. ¿En qué momento tiene más energía y tiempo? _____
14. ¿Está listo para hacer que su programa de ejercicio sea funcional a usted y a sus objetivos? Sí No
15. ¿Tiene algún objetivo relacionado con la fuerza, la tonicidad, la composición corporal o el nivel de estado físico?
Sí No En caso afirmativo, explique: _____
16. ¿Siente algún dolor o tiene problemas para respirar cuando hace ejercicio? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
17. ¿Tiene algún problema articular o musculoesquelético que pudiera empeorar durante el ejercicio? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
18. ¿Ha sufrido alguna lesión haciendo ejercicio? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
19. ¿Ha perdido tejido muscular o ha experimentado una disminución de la fuerza en los últimos años? Sí No
20. ¿Ha sufrido alguna caída en los últimos meses? Sí No
21. ¿Tiene algún problema de equilibrio? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
22. ¿Tiene alguna de las siguientes contraindicaciones para hacer ejercicio? (Marque todas las opciones que correspondan)
- | | |
|--|---|
| Infección sistémica aguda (es decir, fiebre, dolores en el cuerpo, ganglios linfáticos inflamados, etc.) | Insuficiencia cardíaca congestiva grave |
| Arritmias | Angina/Dolor en el pecho no controlado |
| Ataque cardíaco reciente | Otra _____ |