

# 2020 PAR-Q+

## Cuestionario de Preparación para la Actividad Física

Los beneficios que otorga a la salud el practicar actividad física se encuentran claros; más gente debería adoptarla como una práctica en su día a día. El participar en los diversos programas de activación física puede resultar seguro para la MAYORÍA de las personas. Este cuestionario te permitirá saber si es necesario que busques atención médica o bien asesoría de un profesional del área del ejercicio antes de iniciar con un programa de actividad física que pudiese poner en riesgo tu integridad.

### PREGUNTAS GENERALES DE SALUD

| Lee cuidadosamente y responde honestamente las 7 preguntas enlistadas a continuación : marca SI o NO.                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                                  | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1) Sabes o padeces de presión sanguínea elevada (hipertensión) <input type="checkbox"/> O enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> ?                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Sientes algún tipo de dolor en el pecho cuando estás en reposo, durante tus actividades diarias O cuando realizas actividad física?                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Pierdes el equilibrio debido a mareos O has perdido la conciencia en los últimos 12 meses?<br>Responde <b>NO</b> si los mareos están asociados con hiper ventilación (incluyendo durante el ejercicio vigoroso).                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Te han diagnosticado alguna otra enfermedad o condición médica crónica (diferente a enfermedad cardíaca o hipertensión)? <b>ESCRIBE A CONTINUACIÓN CADA UNA DE ELLAS:</b> _____                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 5) Actualmente tomas algún medicamento bajo prescripción médica ?<br><b>ESCRIBE EL/LOS PADECIMIENTO(S) Y MEDICAMENTOS:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 6) Tienes (o has tenido en un periodo de 12 meses) algún problema en huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones que pudiera agravarse debido a tu incremento en la actividad física?<br>Responde <b>NO</b> si tuviste un problema en el pasado, pero no significa una limitante actualmente para hacer actividad física.<br><b>ESCRIBE A CONTINUACIÓN:</b> _____ | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 7) Alguna vez tu médico te ha dicho que solo realices actividad física bajo supervisión médica?                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

 **Si respondiste NO a todas las preguntas anteriores, te encuentras apto para realizar actividad física. Favor de firmar el CONSENTIMIENTO LEGAL DEL PARTICIPANTE. No necesitas completar las páginas 2 y 3.**

-  Empieza por volverte más activo físicamente – empieza de manera lenta y gradual con pequeños incrementos.
-  Sigue los Lineamientos Globales de la Actividad Física específicos para tu edad (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>).
-  Considera participar en una evaluación de tu salud y condición física.
-  Si eres mayor a 45 años y NO estás acostumbrado a realizar de manera regular ejercicio vigoroso o de esfuerzo máximo, consulta a un profesional del ejercicio calificado antes de participar en actividades de estas intensidades.
-  Si tienes alguna duda, contacta a un profesional del ejercicio calificado.

#### CONSENTIMIENTO LEGAL DEL PARTICIPANTE

Si tiene menos de la edad legal requerida para el consentimiento o requiere el consentimiento de un proveedor de atención médica, sus padres, tutores o proveedores de atención también deben firmar este formulario.

Yo, el que firma abajo, he leído, comprendido a mi entera satisfacción y completado este cuestionario. Reconozco que esta autorización de actividad física es válida por un máximo de 12 meses a partir de la fecha en que se completa y se vuelve inválida si mi condición cambia. También reconozco que la comunidad y/o centro de actividad física puede retener una copia de este formulario para sus registros. En estos casos, mantendrá la confidencialidad de los mismos, cumpliendo con la ley aplicable.

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

FIRMA \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR/APODERADO LEGAL \_\_\_\_\_

 **Si respondiste SI a una o más de las preguntas anteriores, COMPLETA LAS PÁGINAS 2 Y 3.**

#### Retrasa tu incorporación a la actividad física si:

-  Tienes una enfermedad temporal como un resfriado o fiebre; Es mejor esperar hasta que te sientas mejor.
-  Estás embarazada: habla con el encargado de tu salud, tu médico, un profesional del ejercicio calificado antes de incorporarte a una vida más activa físicamente.
-  Si tu salud cambia: responde las preguntas de las páginas 2 y 3 de este documento y/o habla con tu médico o un profesional del ejercicio calificado antes de continuar con cualquier programa de actividad física.

# 2020 PAR-Q+

## PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO SOBRE CONDICIÓN MÉDICA

### 1. ¿Padece de Artritis, Osteoporosis o Problemas de Columna?

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 1a-1c Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 2

- 1a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? (Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia) SI ☐ NO ☐
- 1b. ¿Tienes problemas en las articulaciones que causen dolor, una fractura reciente o una fractura causada por osteoporosis o cáncer, vértebra(s) desplazada(s) (por ejemplo, espondilolistesis) y/o espondilólisis / defecto de pars (una grieta en el anillo óseo en la parte posterior de la columna vertebral)? SI ☐ NO ☐
- 1c. ¿Has recibido inyecciones de esteroides o has tomado tabletas de esteroides de manera regular durante al menos 3 meses? SI ☐ NO ☐

### 2. ¿Padece actualmente algún tipo de Cáncer?

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 2a-2b Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 3

- 2a. ¿Tu diagnóstico de cáncer incluye alguno de los siguientes tipos: pulmón / broncogénico, mieloma múltiple (cáncer de células plasmáticas), cabeza y / o cuello? SI ☐ NO ☐
- 2b. ¿Actualmente estás recibiendo terapia contra el cáncer (como quimioterapia o radioterapia)? SI ☐ NO ☐

### 3. ¿Tienes algún padecimiento Cardíaco o Cardiovascular? Esto incluye Enfermedad de las Arterias Coronarias, Fallo Cardíaco, Arritmias Cardíacas?

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 3a-3d Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 4

- 3a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? (Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia) SI ☐ NO ☐
- 3b. ¿Tienes un ritmo cardíaco irregular que requiera tratamiento médico? (p. ej., fibrilación auricular, contracción ventricular prematura) SI ☐ NO ☐
- 3c. ¿Tienes insuficiencia cardíaca crónica? SI ☐ NO ☐
- 3d. ¿Te han diagnosticado enfermedad de la arteria coronaria (cardiovascular) y no has participado en actividad física regular en los últimos 2 meses? SI ☐ NO ☐

### 4. ¿Actualmente tienes presión arterial alta?

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 4a-4b Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 5

- 4a. Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? (Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia) SI ☐ NO ☐
- 4b. ¿Tiene una presión arterial en reposo igual o superior a 160/90 mmHg con o sin medicación? (Responda SÍ si no conoce su presión arterial en reposo) SI ☐ NO ☐

### 5. ¿Tienes algún tipo de Enfermedad Metabólica? Esto incluye Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2 y Pre-Diabetes

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 5a-5e Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 6

- 5a. ¿A menudo tienes dificultades para controlar tus niveles de azúcar en sangre con alimentos, medicamentos u otras terapias prescritas por un médico? SI ☐ NO ☐
- 5b. ¿A menudo sufres de signos y síntomas de bajo nivel de azúcar en sangre (hipoglucemia) después del ejercicio y/o durante las actividades de tu vida diaria? Los signos de hipoglucemia pueden incluir temblores, nerviosismo, irritabilidad inusual, sudoración anormal, mareos o aturdimiento, confusión, dificultad para hablar, debilidad o somnolencia. SI ☐ NO ☐
- 5c. ¿Tienes algún signo o síntoma de complicaciones de la diabetes, como enfermedades cardíacas o vasculares y / o complicaciones que afectan los ojos, los riñones o la sensación en los dedos de los pies y las manos? SI ☐ NO ☐
- 5d. ¿Tienes otras condiciones metabólicas (como diabetes actual relacionada con el embarazo, enfermedad renal crónica o problemas hepáticos)? SI ☐ NO ☐
- 5e. ¿Planeas participar en lo que para usted es un ejercicio de intensidad inusualmente alta (o vigorosa) en el futuro cercano? SI ☐ NO ☐

# 2020 PAR-Q+

## 6. ¿Tiene problemas de Salud Mental o Dificultades para el Aprendizaje? Esto incluye Alzheimer, demencia, depresión, trastorno de ansiedad, trastorno alimentario, trastorno psicótico, discapacidad intelectual, síndrome de Down

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 6a-6b Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 7

- 6a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? SI ☐ NO ☒  
(Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia)
- 6b. ¿Tienes Síndrome de Down y/o problemas de espalda que afecten nervios o músculos? SI ☐ NO ☐

## 7. ¿Tienes una Enfermedad Respiratoria? Esto incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, presión arterial alta pulmonar

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 7a-7d Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 8

- 7a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? SI ☐ NO ☐  
(Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia)
- 7b. ¿Alguna vez tu médico te ha dicho que tu nivel de oxígeno en la sangre es bajo en reposo o durante el ejercicio y/o que necesitas oxigenoterapia suplementaria? SI ☐ NO ☐
- 7c. Si eres asmático, ¿actualmente tienes síntomas de opresión en el pecho, sibilancias, dificultad para respirar, tos constante (más de 2 días/semana), o has usado tu medicamento de rescate más de 2 veces en la última semana? SI ☐ NO ☐
- 7d. ¿Alguna vez te ha dicho tu médico que tienes presión arterial alta en los vasos sanguíneos de los pulmones? SI ☐ NO ☐

## 8. ¿Tienes alguna lesión en la Médula Espinal? Esto incluye tetraplejía y paraplejía

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 8a-8c Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 9

- 8a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? SI ☐ NO ☐  
(Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia)
- 8b. ¿Sueles presentar una presión arterial baja en reposo lo suficientemente significativa como para causar mareos, aturdimiento o desmayo? SI ☐ NO ☐
- 8c. ¿Te ha indicado tu médico que exhibes episodios repentinos de presión arterial alta (conocida como Disreflexia autónoma)? SI ☐ NO ☐

## 9. ¿Has tenido un Derrame Cerebral? Esto incluye ataque isquémico transitorio (AIT) o evento cerebrovascular

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 9a-9c Si **NO** ☐ pasa a la pregunta 10

- 9a. ¿Tienes dificultad para controlar tu enfermedad con medicamentos o con la prescripción de terapia física? SI ☐ NO ☐  
(Responde **NO** si actualmente no tomas medicamentos o estás bajo otra terapia)
- 9b. ¿Tienes algún impedimento para caminar o moverte? SI ☐ NO ☐
- 9c. ¿Has sufrido de un derrame cerebral o deterioro en los nervios o músculos en los últimos 6 meses? SI ☐ NO ☐

## 10. ¿Tienes alguna otra condición médica no mencionada anteriormente o tienes dos o más condiciones médicas?

Si alguna o varias de las condiciones están presentes, contesta las preguntas 10a-10c Si **NO** ☐ lee las recomendaciones de la página 4

- 10a. ¿Has experimentado un desmayo, desmayo o pérdida del conocimiento como resultado de una lesión en la cabeza en los últimos 12 meses O has tenido una conmoción cerebral diagnosticada en los últimos 12 meses? SI ☐ NO ☐
- 10b. ¿Tienes una afección médica que no figura en la lista (como epilepsia, afecciones neurológicas, problemas renales)? SI ☐ NO ☐
- 10c. ¿Actualmente padeces dos o más afecciones médicas? SI ☐ NO ☐

POR FAVOR ENLISTA TUS CONDICIONES  
MÉDICAS Y CUALQUIER MEDICACIÓN  
RELACIONADA AQUÍ: \_\_\_\_\_

**VAYA a la página 4 para obtener recomendaciones sobre su condición médica actual y firme el CONSENTIMIENTO LEGAL DEL PARTICIPANTE.**

# 2020 PAR-Q+

 Si respondiste **NO** a todas las preguntas anteriores, te encuentras **apto** para realizar actividad física. Favor de firmar el **CONSENTIMIENTO LEGAL DEL PARTICIPANTE**. No necesitas completar las páginas 2 y 3.

-  Se te recomienda que consultes a un profesional del ejercicio calificado para que te ayude a desarrollar un plan de actividad física seguro y efectivo para satisfacer tus necesidades de salud.
-  Se te recomienda comenzar lentamente y aumentar gradualmente: 20 a 60 minutos de ejercicio de intensidad baja a moderada, de 3 a 5 días por semana, incluidos ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular.
-  A medida que progresses, debes tratar de acumular 150 minutos o más de actividad física de intensidad moderada por semana.
-  Si tienes más de 45 años y **NO** estás acostumbrado a hacer ejercicio vigoroso regular para maximizar el esfuerzo, consulta a un profesional calificado antes de realizar ejercicio a esta intensidad.

 Si respondiste **SÍ** a una o más de las preguntas de seguimiento sobre tu situación médica:  
Debes buscar más información antes de volverte más activo físicamente o participar en una evaluación de aptitud. Debes visitar a un profesional calificado en ejercicios para obtener más información y trabajar en un programa que se adapte completamente a tus necesidades.

## Retrasa tu incorporación a la actividad física si:

-  Tienes una enfermedad temporal como un resfriado o fiebre; Es mejor esperar hasta que te sientas mejor.
-  Estás embarazada: habla con el encargado de tu salud, tu médico, un profesional del ejercicio calificado antes de incorporarte a una vida más activa físicamente.
-  Si tu salud cambia: responde las preguntas de las páginas 2 y 3 de este documento y/o habla con tu médico o un profesional del ejercicio calificado antes de continuar con cualquier programa de actividad física.

- Se te recomienda fotocopiar el PAR-Q . Debes usar el cuestionario completo y NO se permiten cambios.
- Los autores, la colaboración PAR-Q +, las organizaciones asociadas y sus agentes no asumen ninguna responsabilidad de las personas que realicen actividad física y/o hagan uso del documento. Si tiene dudas después de completar el cuestionario, consulte a su médico antes de realizar actividad física.

## CONSENTIMIENTO LEGAL DEL PARTICIPANTE

- Todas las personas que hayan completado este documento, lean y firmen la declaración a continuación.
- Si tienes menos de la edad legal requerida para el consentimiento o requiere el consentimiento de un proveedor de atención médica, tus padres, tutores o proveedores de atención también deben firmar este formulario.

Yo, el que firma abajo, he leído, comprendido a mi entera satisfacción y completado este cuestionario. Reconozco que esta autorización de actividad física es válida por un máximo de 12 meses a partir de la fecha en que se completa y se vuelve inválida si mi condición cambia. También reconozco que la comunidad y/o centro de actividad física puede retener una copia de este formulario para sus registros. En estos casos, mantendrá la confidencialidad de los mismos, cumpliendo con la ley aplicable.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR/APODERADO LEGAL \_\_\_\_\_

El PAR-Q + fue creado utilizando el proceso de ACUERDO basado en evidencia (1) por la colaboración PAR-Q + presidida por el Dr. Darren E. R. Warburton con el Dr. Norman Gledhill, el Dr. Veronica Jamnik y el Dr. Donald C. McKenzie (2). La producción de dicho documento ha sido posible gracias a las contribuciones financieras de la Agencia de Salud Pública de Canadá y el Ministerio de Servicios de Salud de Columbia Británica. Las opiniones expresadas en tal documento no representan necesariamente las opiniones de la Agencia de Salud Pública de Canadá o del Ministerio de Servicios de Salud de Columbia Británica. Así mismo lo expresado en el presente documento no representa necesariamente la opinión de las autoridades en Materia de Salud y Activación Física bajo la Normativa que rige en los Estados Unidos Mexicanos.

### Key References

1. Jamnik VK, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(S1):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(S1):S266-S298, 2011.
3. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.
4. Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.