**Cuestionario de la AHA/ACSM para la Evaluación Previa a su Participación en un Gimnasio o Instalaciones Médicas\***

**Evalúe su estado de salud marcando todas las respuestas correctas para su caso. NOMBRE : CARRERA**

**HISTORIA MÉDICA**

Usted ha sufrido o experimentado:

Un ataque cardiaco

Una cirugía de corazón

Un cateterismo cardiaco

Una angioplastia coronaria

Un marcapasos o dispositivo cardiaco implantado

Un desfibrilador o dispositivo para detectar un ritmo cardiaco anómalo

Una enfermedad relacionada con alguna válvula cardiaca

Insuficiencia cardiaca

Un trasplante de corazón

Una enfermedad cardiaca congénita

*Si ha marcado alguna de las declaraciones que aparecen en esta sección, consulte a su médico, especialista o proveedor médico antes de iniciar su rutina de ejercicio físico. Usted podría necesitar más bien de un gimnasio o centro de rehabilitación física con personal médico capacitado para asistirlo con sus necesidades.*

***Síntomas***

Experimenta dolor o malestar en el pecho al exacerbar o incrementar el nivel de ejercicio físico

Le falta el aire sin causa aparente

Se marea, desmaya o pierde el conocimiento

Toma medicamentos para tratar alguna enfermedad cardiaca

***Demás complicaciones médicas***

Padece de diabetes

Padece de asma o cualquier otra enfermedad pulmonar

Siente ardor o calambres en la pantorrilla al caminar distancias

cortas

Presenta complicaciones que afectan el aparato musculo

esquelético, lo cual limita su nivel de actividad física

Le preocupa la seguridad del ejercicio físico para su caso en particular

Toma medicamentos recetados por un médico

Está embarazada

***Factores de Riesgo Cardiovascular***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Es usted un paciente del sexo masculino mayor de 45 años  Es usted una paciente del sexo femenino, mayor de 55 años, se ha  sometido a una histerectomía o se encuentra en fase | *Si ha marcado alguna de las declaraciones que aparecen en esta sección, consulte a su médico, especialista o proveedor médico antes* |
|  | postmenopáusica | *de iniciar su rutina de ejercicio físico. Usted podría beneficiarse al* |
|  | Fuma o ha dejado de fumar durante los últimos 6 meses | *utilizar más bien un gimnasio o centro de rehabilitación física con* |
|  | Su presión arterial es mayor de 140/90mmHg | *personal médico capacitado para guiarlo con su programa de* |
|  | Desconoce el nivel de su presión arterial | *ejercicio.* |
|  | Toma medicamentos para controlar la presión arterial |  |
|  | Su nivel de colesterol es mayor de 200mg/dL |  |
|  | Desconoce el nivel de su colesterol |  |
|  | Tiene usted un familiar cercano que ha sufrido un ataque cardiaco |  |
|  | o se ha sometido a cirugía de corazón antes de la edad de 55 años |  |
|  | (padre o hermano) o a la edad de 65 (madre o hermana) |  |
|  | Lleva una vida sedentaria o físicamente inactiva (es decir, hace |  |
|  | ejercicio físico por menos de 30 minutos 3 días por semana) |  |
|  | Tiene más de 20 libras ( 9,07 kg) de sobrepeso |  |
|  | Ninguno de los anteriores |  |
|  |  | *Usted debería poder hacer ejercicio de forma segura e independiente* |
|  |  | *sin tener que consultar a su médico, especialista o proveedor médico y* |
|  |  | *utilizando un programa de ejercicio auto guiado o cualquier gimnasio* |
|  |  | *que satisfaga sus necesidades personales.* |

\*Información proveniente de la declaración conjunta del American College of Sports Medicine (ACSM) y American Heart Association (AHA) para las evaluaciones cardiovasculares, uso de personal y políticas de emergencia de los gimnasios e instalaciones médicas. Med Sci Sports Excerc 1996:1018.

El término "especialista de ejercicio físico certificado " se refiere a profesionales debidamente capacitados que poseen el conocimiento académico, práctico y clínico así como las destrezas y demás habilidades necesarias para asistir a los clientes.

Página 46 Derechos Reservados, Copyright © Fitness Education Network LLC, 2005-2012