

# PAR-Q+ en español

## El cuestionario de aptitud para realizar actividad física para todos

Los beneficios para la salud por realizar actividad física frecuente están probados; más personas deberían incorporar actividad física cada día de la semana. La realización de actividad física suele ser muy segura para la MAYORÍA de las personas. Este cuestionario indicará si es necesario que usted consulte a su médico O profesional de la salud cualificado en temas del ejercicio antes de volverse más activo físicamente.

PREGUNTAS GENERALES DE SALUD		
Lea atentamente y conteste con sinceridad las 7 preguntas que siguen: marque SI o NO.	SI	NO
1)¿Alguna vez su médico le ha comunicado que tiene problemas cardíacos <input type="checkbox"/> O hipertensión arterial <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)¿Siente usted dolor en el pecho en reposo, durante las actividades de la vida diaria O cuando realiza actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)¿Tiene usted problemas de equilibrio debido a mareos O ha sufrido pérdida de consciencia en los últimos 12 meses? Por favor conteste NO si el mareo fue debido a una sobre hiperventilación (incluso durante el ejercicio vigoroso/intenso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)¿Alguna vez le diagnosticaron otra enfermedad crónica (sin ser enfermedad cardíaca o hipertensión arterial)? <b>PRECISE POR FAVOR:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)¿Está usted tomando actualmente medicación para alguna enfermedad crónica? <b>POR FAVOR DETALLE LAS ENFERMEDAD/ES Y LA MEDICACIÓN ASOCIADA A ELLA/S:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)¿Sufre usted actualmente (o ha sufrido en los últimos 12 meses) alguna lesión ósea, articular o de tejidos blandos (muscular, ligamentosa o tendinosa) que empeoraría al hacerse usted físicamente más activo? Por favor, responda NO si tuvo algún problema en el pasado, pero que <i>no limita su capacidad actual</i> de estar físicamente activo. <b>PRECISE POR FAVOR:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)¿Alguna vez su médico le ha dicho que solo debe realizar actividad física bajo supervisión médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si usted contestó NO a todas las preguntas precedentes, está en condiciones de realizar actividad física. Por favor, firme la DECLARACIÓN. No es necesario que complete las páginas 2 y 3.**

- Empiece a volverse más físicamente activo – comience despacio y progrese gradualmente.
- Siga las recomendaciones internacionales de actividad física para su edad (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>).
- Usted puede participar en una evaluación de su condición física y salud.
- Si usted tiene más de 45 años y NO está acostumbrado a realizar ejercicio vigoroso o de máxima intensidad, consulte con un profesional de la salud cualificado en temas del ejercicio antes de realizar ese tipo de esfuerzos.
- Si tiene dudas o más preguntas contacte a un profesional de salud cualificado en temas de ejercicio.

### DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Si es usted menor de edad, la persona responsable por usted también debe firmar la declaración.

*Yo, el abajo firmante, declaro haber leído y comprendido el mencionado cuestionario. Estoy de acuerdo en que la presente declaración para realizar actividad física tiene una validez de 12 meses a partir de la fecha en la que se completó el cuestionario y queda invalidada si hay cambios en mi salud. Autorizo al gimnasio/club a guardar una copia de este cuestionario para uso interno. En cuyo caso la entidad estará obligada a respetar la confidencialidad de dicho documento, en cumplimiento de la ley en vigor.*

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

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

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CUIDADOR \_\_\_\_\_

**Si usted contestó SI a una o más de las preguntas anteriores, COMPLETE LAS PÁGINAS 2 Y 3.**

**Retarde el inicio de la actividad física si:**

- Padece una afección temporal como resfriado o fiebre. Conviene esperar a estar recuperado.
- Usted está embarazada - consulte a su profesional de la salud, su médico de referencia, profesional cualificado del ejercicio, y/o complete el ePARmed-X+ ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)) antes de empezar cualquier cambio en su actividad física habitual.
- Su estado de salud cambia – complete el cuestionario de las páginas 2 y 3 de este documento o consulte con su médico u otro profesional de la salud cualificado en temas de ejercicio antes de seguir con cualquier programa de actividad física.

# PAR-Q+ en español

## PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO ACERCA DE SU(S) TRASTORNO(S) MÉDICO(S)

### 1. ¿Sufre usted de artritis, osteoporosis o problemas de columna?

Si padece esta/s enfermedad/es, conteste las preguntas 1a-1c

Si **NO**  vaya a la pregunta 2

- 1a. ¿Tiene dificultades para controlar los síntomas con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si estos problemas no están siendo tratados con fármacos u otros medios) SI  NO
- 1b. ¿Tiene problemas articulares dolorosos, fractura reciente o una fractura a causa de osteoporosis o cáncer, desplazamientos vertebrales (ej. espondilolistesis) y/o espondilolisis/defecto en la porción interarticular? SI  NO
- 1c. ¿Ha recibido tratamiento con corticoides inyectables o vía oral regularmente durante más de tres meses? SI  NO

### 2. ¿Padece usted algún tipo de cáncer?

Si padece esta/s enfermedad/es, conteste las preguntas 2a-2b

Si **NO**  vaya a la pregunta 3

- 2a. ¿Su diagnóstico de cáncer incluye algunos de estos cánceres: pulmonar/broncogénico, mieloma múltiple (cáncer de células plasmáticas), cabeza y/o cuello? SI  NO
- 2b. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento con radioterapia o quimioterapia? SI  NO

### 3. ¿Padece usted alguna enfermedad cardiovascular o cardíaca? *Esto incluye enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmia significativa*

Si padece esta/s enfermedad/es, conteste las preguntas 3a-3d

Si **NO**  vaya a la pregunta 4

- 3a. ¿Tiene dificultades para controlar los síntomas con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si estos problemas no están siendo tratados con fármacos u otros medios) SI  NO
- 3b. ¿Sufre de arritmia que requiere tratamiento médico? (ej. fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares) SI  NO
- 3c. ¿Sufre de insuficiencia cardíaca crónica? SI  NO
- 3d. ¿Le han diagnosticado una enfermedad coronaria (cardiovascular) y hace 2 meses o más que no participa en actividades físicas frecuentes? SI  NO

### 4. ¿Tiene usted hipertensión arterial?

Si padece esta enfermedad, conteste las preguntas 4a-4b

Si **NO**  vaya a la pregunta 5

- 4a. ¿Tiene dificultades para controlar los síntomas con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si no está siendo tratado por este problema con fármacos u otros medios) SI  NO
- 4b. ¿Su presión arterial en reposo es igual o superior a 160/90 mmHg, con o sin medicación? (Conteste **SI** si desconoce su presión arterial de reposo) SI  NO

### 5. ¿Tiene usted alguna enfermedad metabólica? *Esto incluye Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, prediabetes*

Si padece esta/s enfermedad/es, conteste las preguntas 5a-5e

Si **NO**  vaya a la pregunta 6

- 5a. ¿Tiene dificultades para mantener los niveles de glucosa en la sangre con la alimentación, fármacos u otro procedimiento indicado por su médico? SI  NO
- 5b. ¿Sufre con frecuencia de bajos niveles de glucosa en la sangre (hipoglucemia) después del ejercicio y/o durante las actividades de la vida diaria? Los signos de hipoglucemia incluyen temblores, nerviosismo, irritabilidad, excesiva sudoración, mareos, confusión, dificultad para hablar, astenia física o somnolencia. SI  NO
- 5c. ¿Tiene signos o síntomas de complicaciones de la diabetes tales como enfermedad cardíaca o vascular y/o complicaciones que afecten a los riñones, los ojos o la sensibilidad de los pies y dedos de los pies? SI  NO
- 5d. ¿Sufre algún otro tipo de enfermedad metabólica (diabetes gestacional, enfermedad renal crónica o problemas hepáticos)? SI  NO
- 5e. ¿Tiene planeado realizar en el futuro inmediato lo que para usted es ejercicio inusualmente vigoroso o intenso? SI  NO

# PAR-Q+ en español

**6. ¿Tiene usted algún trastorno de salud mental o problemas de aprendizaje?** *Esto incluye enfermedad de Alzheimer, demencia, depresión, ansiedad, bulimia/anorexia, psicosis, discapacidad intelectual, síndrome de Down*

Si padece esta/s enfermedad/es, responda las preguntas 6a-6b

Si **NO**  vaya a la pregunta 7

6a. ¿Tiene dificultades para controlar su enfermedad con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste NO si no está recibiendo tratamiento farmacológico u otros tratamientos) SI  NO

6b. ¿Tiene Síndrome de Down **Y** problemas de espalda que afectan los nervios o los músculos? SI  NO

**7. ¿Tiene usted alguna enfermedad respiratoria?** *Esto incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, hipertensión pulmonar*

Si padece esta/s enfermedad/es, responda las preguntas 7a-7d

Si **NO**  vaya a la pregunta 8

7a. ¿Tiene dificultades para controlar su enfermedad con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si no está siendo tratado por esto con fármacos u otros medios) SI  NO

7b. ¿Alguna vez su médico le ha comentado que el oxígeno en su sangre es insuficiente en reposo o durante la actividad física y/o que se recomienda la oxigenoterapia complementaria? SI  NO

7c. ¿En caso de ser asmático, tiene usted síntomas actuales como opresión en el pecho, silbidos al respirar, esfuerzo respiratorio constante, tos persistente (más de 2 días a la semana) o ha necesitado medicación de rescate más de 2 veces la semana pasada? SI  NO

7d. ¿Su médico alguna vez le ha dicho que tiene la presión arterial alta en los vasos sanguíneos de sus pulmones? SI  NO

**8. ¿Tiene usted una lesión medular (vertebral)?** *Esto incluye tetraplejía y paraplejía*

Si padece esta/s enfermedad/es, responda las preguntas 8a-8c

Si **NO**  vaya a la pregunta 9

8a. ¿Tiene dificultades para controlar su enfermedad con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si no está siendo tratado por esto con fármacos u otros medios) SI  NO

8b. ¿Habitualmente, muestra usted baja presión sanguínea en reposo lo suficientemente significativa como para causar mareos, aturdimiento y/o desmayos? SI  NO

8c. ¿Le ha indicado su médico que usted presenta ataques repentinos de presión arterial alta (conocida como disreflexia autonómica)? SI  NO

**9. ¿Ha sufrido usted un accidente cerebro vascular (ACV)?** *Esto incluye el accidente isquémico transitorio (AIT) o evento cerebrovascular*

Si padece esta/s enfermedad/es, responda las preguntas 9a-9c

Si **NO**  vaya a la pregunta 10

9a. ¿Tiene dificultades para controlar su enfermedad con medicación u otro tratamiento indicado por su médico? (Conteste **NO** si no está siendo tratado por esto con fármacos u otros medios) SI  NO

9b. ¿Tiene dificultades de movilidad o para caminar? SI  NO

9c. ¿Ha sufrido usted un accidente cerebro vascular o un trastorno neurológico o de los músculos en los últimos 6 meses? SI  NO

**10. ¿Tiene algún otro trastorno médico no mencionado anteriormente o tiene dos o más trastornos médicos?**

Si padece alguna otra enfermedad, responda las preguntas 10a-10c

Si **NO**  lea las recomendaciones de la página 4

10a. ¿Ha experimentado pérdida de conocimiento o síncope como resultado de una lesión en la cabeza en los 12 últimos meses o ha sido diagnosticado con una concusión o comoción cerebral en los últimos 12 meses? SI  NO

10b. ¿Padece usted alguna enfermedad no considerada anteriormente, como epilepsia, problemas renales o enfermedades neurológicas? SI  NO

10c. ¿Padece usted en este momento dos o más enfermedades crónicas? SI  NO

**POR FAVOR INDIQUE SUS ENFERMEDADES Y LOS FÁRMACOS CORRESPONDIENTES QUE ESTÉ TOMANDO** \_\_\_\_\_

**VAYA a la página 4 para obtener recomendaciones sobre su actual trastorno(s) médico(s) y firme la DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE.**

# PAR-Q+ en español

Si usted contestó **NO** a todas las preguntas de **SEGUIMIENTO** (páginas 2-3) sobre trastornos médicos, está en condiciones de volverse más activo físicamente. Firme la **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE** a continuación:

- Le recomendamos que consulte a un profesional cualificado del ejercicio para que le ayude a desarrollar un plan de actividad física seguro y eficaz que satisfaga sus necesidades de salud.
- Le animamos a que comience despacio y progrese gradualmente – 20 a 60 minutos de actividad física de intensidad baja o moderada, 3 a 5 días por semana, incluyendo ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular.
- A medida que avanza, debe ponerse como meta acumular 150 minutos o más semanales de actividad física de intensidad moderada.
- Si usted tiene más de 45 años y **NO** está acostumbrado a realizar ejercicio vigoroso o de máxima intensidad, consulte con un profesional de salud cualificado en temas de ejercicio antes de realizar ese tipo de esfuerzos.

Si usted contestó **SI** a una o más de las preguntas de **seguimiento** sobre trastornos médicos:

Usted debe buscar más información antes de volverse más activo físicamente o realizar una evaluación de aptitud física.

Usted debe completar la evaluación en línea y el programa de recomendaciones de ejercicios especialmente diseñados

**ePARmed-X+** en [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) y/o visitar a un profesional cualificado de ejercicio para completar el ePARmed-X+ y para obtener más información.

**Retrase este inicio de vida activa si:**

- Padece una afección temporal como resfriado o fiebre. Conviene esperar a que esté recuperado.
- Usted está embarazada - consulte a su profesional de la salud, su médico de referencia, profesional cualificado del ejercicio, y/o complete el ePARmed-X+ ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)) antes de empezar cualquier cambio en su actividad física habitual.
- Su salud cambia – consulte con su médico u otro profesional de salud cualificado en temas de ejercicio antes de seguir con cualquier programa de actividad física.

- Le animamos a fotocopiar el PAR-Q+. Usted debe completar todo el cuestionario y **NO** se permiten cambios.
- Los autores del PAR-Q+, sus colaboradores, las organizaciones asociadas y agentes no asumen responsabilidad por aquellas personas que realizan actividad física y/o usan el PAR-Q+ o ePARmedX+. Si tiene alguna duda una vez completado el cuestionario, consulte a su médico antes de iniciar la actividad física.

## DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

- Todo aquel que haya completado el PAR-Q+ debe leer y firmar la declaración que sigue a continuación.
- Si es usted menor de edad, la persona responsable por usted también debe firmar la declaración.

*Yo, el abajo firmante, declara haber leído y comprendido el mencionado cuestionario. Estoy de acuerdo en que la presente declaración para realizar actividad física tiene una validez de 12 meses a partir de la fecha en la que se completó el cuestionario y queda invalidada si hay cambios en mi salud. Autorizo al gimnasio/club a guardar una copia de este cuestionario para uso interno. En cuyo caso la entidad estará obligada a respetar la confidencialidad de dicho documento, en cumplimiento de la ley en vigor.*

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CUIDADOR \_\_\_\_\_

Para más información, por favor contactar

[www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)  
Email: [eparmedx@gmail.com](mailto:eparmedx@gmail.com)

El PAR-Q + fue creado usando el proceso AGREE basado en evidencia (1) por el PAR-Q + Colaboración presidida por Dr. Darren E. R. Warburton con Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik y Dr. Donald C. McKenzie (2). La producción de este documento ha sido posible a través de contribuciones financieras de la Agencia de Salud Pública de Canadá y del Ministerio de la Salud de Columbia Británica. Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente las opiniones de la Agencia de Salud Pública de Canadá o del Ministerio de Servicios de Salud de Columbia Británica.

### Citación para PAR-Q+ en español:

Schwartz J, Mas-Alòs S, Takito MY, Martínez J, Cueto MEÁ, Mibelli MSR, Nagtegaal J, Lubert J, Bezerra DR, Bredin SSD, Warburton DER. Cross-cultural translation, adaptation, and reliability of the Spanish version of the Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+). *Health & Fitness Journal of Canada* 12(4):3-14, 2019.

### Referencias clave:

1. Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). *Health & Fitness Journal of Canada* 4(2):3-23, 2011.
2. 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.
3. 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.
4. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. *British Columbia Medical Journal*. 1975;17:375-378.
5. 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.