**Cuestionario PAR-Q (*Physical Activity Readiness Questionaire*)[[1]](#footnote-1)**

**Marca con una X en la columna “Sí” o “No”, según corresponda a la pregunta planteada:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pregunta** | **Sí** | **No** |
| 1. ¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas de corazón y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un profesional de la salud? |  |  |
| 2. ¿Tiene dolor u opresión en el pecho cuando hace alguna actividad física? |  |  |
| 3. En el último mes, ¿ha tenido dolor u opresión en el pecho cuando no estaba haciendo actividades físicas? |  |  |
| 4. ¿Pierde el equilibrio por mareos, o ha perdido alguna vez el conocimiento? |  |  |
| 5. ¿Tiene problemas en los huesos o articulaciones que puedan ser agravados por un cambio en su actividad física? |  |  |
| 6. ¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón? |  |  |
| 7. ¿Sabe de cualquier otra razón en contra de que ejercite? |  |  |

**IMPORTANTE**: Si la respuesta es positiva para alguna de estas preguntas es necesario que visite a su doctor, con la finalidad de realizar un reconocimiento médico para la práctica segura de ejercicio físico.

Nombre completo y firma del estudiante

1. Ramírez, S. & Hernández, S. (2021). PAR-Q (*Physial Activity Readiness Questionaire*). Adaptación. [↑](#footnote-ref-1)