

Consultas de habilidades físicas

Juan Esteban Alfonso Hernandez

T.I 1032940696

Ficha:2926378

Sena

Hábitos Saludables

Alonso Olivos Martin

10 de nov. de 24

PAR-Q & YOU

(Un Cuestionario para Personas de 15 a 69 años)

La actividad física regular es saludable y sana, y más personas cada día están comenzando a estar más activas. Ser más activo es seguro para la mayoría de las personas. Sin embargo, algunos individuos deben consultar a un médico antes de iniciar un programa de ejercicio o actividad física. Si usted está planificando participar en programas de ejercicio o de actividad física, lo recomendado es que responda a las siete preguntas descritas más abajo. Si usted tiene entre 15 y 69 años de edad, el cuestionario PAR-Q le indicará si necesita consultar a su médico antes de iniciar un programa de ejercicio o actividad física. Si usted tiene más de 69 años de edad, y no está acostumbrado a estar activo, consulte a su médico. El sentido común es la principal guía para contestar estas preguntas. Favor de leer las preguntas con cuidado y responder cada una honestamente; Marque SÍ o NO.

SÍ NO

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. ¿Alguna vez su médico le ha indicado que usted tiene un problema cardiovascular, y que solamente puede llevar a cabo ejercicios o actividad física si lo refiere un médico? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. ¿Sufre de dolores frecuentes en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. ¿En el último mes, le ha dolido el pecho cuando no estaba haciendo actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. ¿Con frecuencia pierde el equilibrio debido a mareos, o alguna vez ha perdido el conocimiento? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. ¿Tiene problemas en los huesos o articulaciones (por ejemplo, en la espalda, rodillas o cadera) que pudiera agravarse al aumentar la actividad física? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. ¿Al presente, le receta su médico medicamentos (por ejemplo, pastillas de agua) para la presión arterial o problemas con el corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Existe alguna otra razón por la cual no debería participar en un programa de actividad física? |

Si usted

Sí a una o más preguntas:

Hable con su médico por teléfono o en persona ANTES de empezar a estar más activo físicamente, o ANTES de tener una evaluación de su aptitud física. Dígale a su médico que realizó este cuestionario y las preguntas que usted respondió que SÍ.

➤ Usted puede estar listo para realizar cualquier actividad que desee, siempre y cuando comience lenta y gradualmente. O bien, puede que tenga que restringir su actividad a las que sea más segura para usted. Hable con su médico sobre el tipo de actividades que desea participar y siga su consejo.

➤ Busque programas en lugares especializados que sean seguros y beneficiosos para usted.

contestó

No todas preguntas:

Si usted contestó NO honestamente a todas las preguntas, entonces puede estar razonablemente seguro que puede:

- Comenzar a ser más activo físicamente, pero con un enfoque lento y que se progrese gradualmente. Esta es la manera más segura y fácil.
- Formar parte de una evaluación de la aptitud física: esta es una manera excelente para determinar su aptitud física de base, lo cual le ayuda a planificar la mejor estrategia de vivir activamente. También, es muy recomendable que usted se evalúe la presión arterial. Si su lectura se encuentra sobre 144/94, entonces, hable con su médico antes de ser más activo físicamente.

DEMORE EL INICIO DE SER MÁS ACTIVO:

- Si usted no se siente bien a causa de una enfermedad temporera, tal como un resfriado o fiebre, entonces lo sugerido es esperar hasta que se recupere por completo; o
- Si usted está o puede estar embarazada, hable con su médico antes de comenzar a estar físicamente más activa.

POR FAVOR: Si un cambio en su salud lo obliga a responder SÍ a cualquiera de las preguntas, es importante que esta situación se le informe a su médico o entrenador personal. Pregunte si debe modificar su plan de ejercicio o actividad física.

¡No informado de PAR-Q: La Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio, y sus agentes, no asumen ninguna responsabilidad legal para las personas que realizan ejercicio o actividad física; en caso de duda después, de completar este cuestionario, consulte primero a su médico.

No se permiten cambios. Se puede fotocopiar el PAR-Q, únicamente si se emplea todo el formulario.

¡NOTA! Si se requiere administrar el PAR-Q antes que el participante se incorpore a un programa de ejercicio/actividad física, o se ometa a pruebas de aptitud física, esta sección se puede utilizar para propósitos administrativos o legales:

"Yo he leído, entendido y completado el cuestionario. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción."

Nombre: Juan Esteban Alfonso Hernandez

Firma: [Firma]

Fecha: 2/11/24

FIRMA DEL PARIENTE: [Firma]

TESTIGO: _____

TUTOR (para participantes menores edad)

NOTA: Este cuestionario es válido hasta un máximo de 12 meses, a partir de la fecha en que se completa. El mismo se invalida si su estado de salud requiere contestar SÍ en alguna de las siete preguntas.



ANEXO 4. CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO - TENDINOSOS

Fecha: 2/11/24

Nombre: Juan Esteban Alfonso Hernandez

Sexo: Masculino

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
1 ¿Ha tenido molestias en?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izq. <input checked="" type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>

Si contestó no a la pregunta 1, no conteste más preguntas de este cuestionario.

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
2 ¿desde hace cuánto tiempo?		Más de un año			
3 ¿ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4 ¿ha tenido molestia en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si contestó no a la pregunta 4, no conteste más preguntas de este cuestionario.

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
5 ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>
	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>
	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>
	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input checked="" type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>



	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
6 ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input checked="" type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>
	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>
	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>
	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>
	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
7 ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>
	1– 7 días <input type="checkbox"/>	1– 7 días <input type="checkbox"/>	1– 7 días <input type="checkbox"/>	1– 7 días <input type="checkbox"/>	1– 7 días <input type="checkbox"/>
	1– 4 semanas <input type="checkbox"/>	1– 4 semanas <input type="checkbox"/>	1– 4 semanas <input type="checkbox"/>	1– 4 semanas <input type="checkbox"/>	1– 4 semanas <input type="checkbox"/>
	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
8 ¿Ha recibido tratamientos por estas molestias en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9 ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	Si <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
11 ¿A qué atribuye estas molestias?		<i>Cuido del hombro</i>			
		<i>Mala técnica en el gym</i>			

Nombre: Juan Esteban Alfonso Hernandez

Fecha: 10 11 2024

Profesor: Alonso Olivos Martin

Materia: Hábitos Saludables

Institución: Sena

Curso: 2926378 Nota:

Resumen conclusiones futura hábitos vida saludables

En base a lo leído en el texto, se puede resumir lo siguiente: los jóvenes universitarios tienen malos hábitos saludables. Se sabe que esos datos pueden variar dependiendo del sexo, entre hombres y mujeres, pero el caso es que los universitarios tienen la información y saben al respecto de cómo tener hábitos saludables. La cuestión es que no la practican. Los malos hábitos que tienen son: la mala alimentación (por consumir comidas rápidas o muy calóricas), causando así problemas de diabetes y obesidad; falta de ejercicio físico, lo que hace que haya varias molestias en el cuerpo humano a futuro; uso excesivo de tabaco, alcohol y otras drogas, lo que puede afectar en varias áreas de su vida y la sexualidad, ya que ellos a veces también a no tener relaciones sexuales con protección, ocasionando que puedan tener infecciones de transmisión sexual (ITS), en algunos no deseados. También se habla de los accidentes de tránsito, que a veces son causados por el exceso de alcohol y otras sustancias.



El test de Cooper

Es una prueba de resistencia que se basa en correr la mayor distancia posible en 12 minutos a una velocidad constante. Fue diseñado en 1968 por Kenneth H. Cooper (Oklahoma, 1931) para el ejército de los Estados Unidos. Posteriormente se ha aplicado en diferentes instituciones, tanto públicas como privadas. La generalización de su uso hizo que Cooper ampliara el test para diferentes grupos de edad, incluyendo también a las mujeres para mejorar su salud y resistencia.



Coordinación de pelotas

Es una actividad física que busca desarrollar y mejorar la capacidad de un individuo para controlar y manipular objetos esféricos utilizando diferentes partes del cuerpo. Implica una serie de habilidades motoras que van desde lo más básico, como atrapar una pelota, hasta movimientos más complejos como driblar o lanzar con precisión.

Importante la coordinación de pelotas

- Desarrollo motor
- Habilidades cognitivas
- Desarrollo social
- Base para otros deportes



Salto con cuerda

Es una actividad física que consiste en saltar sobre una cuerda que se hace girar de modo que pase por debajo de los pies y sobre la cabeza. Aunque es un juego tradicional infantil, es también un excelente ejercicio para personas de todas las edades.

- Cardiovascular
- Coordinación
- Fuerza
- Quema calorías
- Diversión



Equilibrio

Es una capacidad fundamental del cuerpo humano que nos permite mantenernos de pie, caminar, correr y realizar una gran variedad de movimientos sin caerse. Es una compleja interacción entre varios sistemas de nuestro cuerpo, que trabajan en conjunto para mantenernos estables.

- Mejora la postura
- Prevención de caídas
- Mayor fuerza y estabilidad
- Coordinación mejorada
- Mayor agilidad



Agilidad Mental

Se refiere a la capacidad de procesar información de manera rápida y eficiente, pensar de forma creativa y adaptarse a nuevas situaciones de manera flexible. Es como tener un "gimnasio mental" en el que ejercitas tus habilidades cognitivas para mantenerlas en forma y preparadas para cualquier desafío.

Se puede mejorar así:

- Rompecabezas y juegos de mesa
- Aprendizaje de nuevas habilidades
- Lectura
- Escritura



IMC

Es un cálculo que se utiliza para determinar si el peso de una persona es saludable en relación a su altura. Es una herramienta sencilla y ampliamente utilizada en el ámbito de la salud para clasificar a las personas en categorías de peso: bajo peso, peso saludable, sobrepeso, obesidad.

FÓRMULA
IMC

PESO
ESTATURA × ESTATURA (m)

IMC
< 18.5



IMC
18.5-24.9



IMC
25-29.9



IMC
30-34.9



IMC
35-39.9



IMC
40-49.9



IMC
> 50



Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III Obesidad IV