

# 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?		Has 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"/> 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"/>
9 ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	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"/>

	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?		Cayó del hombro			
		Mala técnica en el gym			



# 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 planeando 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 SI o NO.

SI

NO

☐☒

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?

☐☒

2. ¿Sufre de dolores frecuentes en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física?

☐☒

3. ¿En el último mes, le ha dolido el pecho cuando no estaba haciendo actividad física?

☐☒

4. ¿Con frecuencia pierde el equilibrio debido a mareos, o alguna vez ha perdido el conocimiento?

☐☒

5. ¿Tiene problemas en los huesos o articulaciones (por ejemplo, en la espalda, rodillas o cadera) que pudiera agravarse al aumentar la actividad física?

☐☒

6. ¿Al presente, le receta su médico medicamentos (por ejemplo, pastillas de agua) para la presión arterial o problemas con el corazón?

☐☒

7. ¿Existe alguna otra razón por la cual no debería participar en un programa de actividad física?

Si

usted

contestó

## 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. Dígame a su médico que realizó este cuestionario y las preguntas que usted respondió que SI.

1. 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.

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

## No todas preguntas:

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

1. Comenzar a ser más activo físicamente, pero con un enfoque lento y que se progrese gradualmente. Esta es la manera más segura y fácil.

2. 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:

1. Si usted no se siente bien a causa de una enfermedad temporera, tal como un resfriado o fiebre, entonces lo sugiero es esperar hasta que se recupere por completo; o

2. 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 SI 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.

**¡Se 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 valido 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 SI en alguna de las siete preguntas.



Nombre: José Esteban Alfonso Hernández

Fecha: 10 11 2024

Apellido: Alfonso

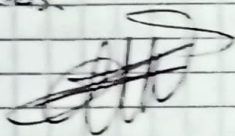
Nombre: Habitos Saludables

Apellido: Sosa

Curso: 2025378

## Habitos saludables dentro de las tablas con saludables

En la actualidad en el mundo se puede observar lo siguiente: los jóvenes  
conducen una vida más activa y saludable. 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  
menos de cómo tener hábitos saludables. Lo cierto es que no lo  
practican. Los malos hábitos que tienen son: la mala alimentación  
(comer comida chatarra o muy calórica), causando así problemas  
de diabetes y obesidad; falta de ejercicio físico, lo que hace que haya  
varios problemas 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 ahora si saben o no tienen relaciones  
sexuales no prácticas, creyendo que pueden tener problemas de  
transmisión sexual (ITS), embolazos, no deseados. También se habla  
de los accidentes de tránsito, que a veces son causados por el exceso de  
alcohol u 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 intensidad 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

*[Handwritten signature]*

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

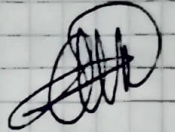




## Salto con cuerda

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

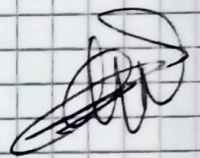


### Agilidad Mental

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 con:

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





Nombre:

Fecha:

Apellido:

Materia:

Instituto:

Curso:

Nota:

## Actividad

Es común encontrar a personas que presentan un fuerte sentimiento por parte de los entrenadores de la actividad. Si bien es importante tener presente que el deporte requiere de un trabajo constante, también es necesario tener presente que el deporte es una actividad que se realiza en un espacio de tiempo determinado y que se realiza en un espacio de tiempo determinado para poder ser realizado.

Reglas:

- Se debe cuidar mucho
- Se debe a cuidar el peso
- Se debe a cuidar la salud y la vida
- Se debe a cuidar el medio
- Se debe a cuidar el medio

*[Handwritten signature]*



IMC

Es un índice 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 u obesidad.

**FÓRMULA**  
**IMC**

**PESO**  
**ESTATURA x 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

~~Handwritten scribble~~