

Preguntas sobre condiciones médicas

	Sí	No
1. ¿Tiene Artritis, Osteoporosis o problemas de espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Pase a la pregunta 2</i>
1a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b ¿Tiene problemas en articulaciones que causen dolor, fractura reciente o fractura causada por osteoporosis o cáncer, desplazamiento de vértebra (por ej. Espondilolistesis) y/o, defectos por espondilólisis (grieta en el anillo óseo en la parte posterior de la columna vertebral)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c ¿Le han inyectado esteroides o tomado tabletas de esteroides regularmente por más de 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Actualmente tiene algún tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Pase a la pregunta 3</i>
2a ¿El cáncer que le han diagnosticado incluye alguno de los siguientes tipos: pulmón/broncogénico, mieloma múltiple, cabeza y/o cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b ¿Actualmente está recibiendo tratamiento (quimioterapia o radioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alguna condición de corazón o cardiovascular? incluye enfermedad de arterias coronarias, insuficiencia cardíaca o alteraciones en el ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Pase a la pregunta 4</i>
3a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b ¿Tiene alguna irregularidad en los latidos del corazón que requieran manejo médico? (Ej. Fibrilación auricular, contracción ventricular prematura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c ¿Tiene insuficiencia cardíaca crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d ¿Le han diagnosticado enfermedad de arterias coronarias y no ha participado regularmente en actividad física regular en los últimos 2 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene hipertensión arterial sistémica (presión alta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Pase a la pregunta 5</i>
4a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b ¿Tiene presión sanguínea en reposo igual o mayor de 160/90 mmHg con o sin medicamentos? Conteste SÍ si no conoce su presión en reposo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alguna condición metabólica? (pre diabetes, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Pase a la pregunta 6</i>
5a ¿A menudo tiene dificultad para controlar su nivel de azúcar en la sangre con alimentos, medicamentos u otras terapias prescritas por el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b ¿Padece de signos y síntomas de niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia) seguida de ejercicio y/o durante las actividades de la vida diaria? Signos de hipoglucemia pueden incluir temblores, nerviosismo, irritabilidad inusual, sudoración anormal, mareos, aturdimiento, confusión mental, dificultad para hablar, debilidad o somnolencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c ¿Tiene algún signo o síntoma de complicaciones de diabetes como enfermedad cardíaca o vascular y/o complicaciones que afecten sus ojos, riñones o la pérdida de sensación en sus pies y manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d ¿Tiene alguna otra condición metabólica (como diabetes actual relacionada con el embarazo, enfermedad renal crónica, o problemas hepáticos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e ¿Planea realizar ejercicio de alta intensidad (o vigoroso) en un futuro cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. ¿Tiene algún problema de salud mental o dificultad para el aprendizaje? Incluye enfermedad de Alzheimer, demencia, depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de la alimentación, desorden psicótico, discapacidad intelectual, síndrome de Down.	<input type="checkbox"/>	<i>Pase a la pregunta 7</i> <input type="checkbox"/>
6a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b ¿Tiene síndrome de Down y problemas de espalda que afectan nervios o músculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene enfermedad respiratoria? Incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, presión alta en los vasos sanguíneos de sus pulmones (hipertensión arterial pulmonar)	<input type="checkbox"/>	<i>Pase a la pregunta 8</i> <input type="checkbox"/>
7a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b ¿Alguna vez su médico le ha dicho que su nivel de oxígeno en la sangre es bajo en reposo o durante la realización de ejercicio y/o que usted requiere oxígeno suplementario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c Si tiene asma, ¿actualmente tiene síntomas de opresión en el pecho, sibilancias, dificultad para respirar, tos constante (más de 2 días a la semana), o ha utilizado medicamento de rescate más de 2 veces en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d ¿Alguna vez le ha dicho su doctor que tiene presión alta en los vasos sanguíneos de sus pulmones (hipertensión arterial pulmonar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene lesión de la médula espinal? Incluye tetraplejía y paraplejía.	<input type="checkbox"/>	<i>Pase a la pregunta 9</i> <input type="checkbox"/>
8a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b ¿Comúnmente usted presenta presión sanguínea baja en reposo lo suficientemente significativo como para causar mareos, aturdimiento y/o desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c ¿Su doctor le ha indicado que puede presentar episodios repentinos de presión arterial alta (conocido como disreflexia autonómica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad cerebrovascular? Esto incluye ataque isquémico transitorio o evento cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<i>Pase a la pregunta 10</i> <input type="checkbox"/>
9a ¿Tiene dificultad para controlar estas condiciones con medicamentos u otras terapias prescritas por el médico? Conteste NO si actualmente no está tomando medicamentos u otros tratamientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b ¿Tiene alguna discapacidad para caminar o moverse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9c ¿Ha experimentado alguna enfermedad cerebrovascular o deterioro de los nervios o músculos en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene alguna otra condición médica no mencionada anteriormente o tiene 2 o más condiciones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a ¿Ha experimentado un desvanecimiento, desmayo o perdió el conocimiento como resultado de alguna lesión en la cabeza en los últimos 12 meses o ha tenido una conmoción cerebral (concusión) diagnosticada en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b ¿Tiene alguna condición médica no enlistada (como epilepsia, condición neurológica o problema de riñones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c ¿Actualmente vive con 2 o más condiciones médicas?		
- Por favor, enliste las condiciones médicas: _____		
- Y cualquier medicación relacionada aquí: _____		

