

Cédula de información de la persona mayor

Información general

Fecha de elaboración: _____ Código de identificación: _____
 Nombre completo: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo M F
 CURP: _____ Derechohabencia: _____
 Ocupación actual: _____ Último grado de estudios: _____
 Domicilio completo: _____ Teléfono: _____
 Nombre de un contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Información de salud

Cuestionario PAR-Q+

	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene usted un problema cardiovascular o de presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Siente dolor en el pecho cuando se encuentra descansando, durante las actividades de la vida diaria o cuando realiza actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Pierde el equilibrio debido a mareos, o ha perdido el conocimiento en los últimos 12 meses? <i>Contestar NO si sus mareos estuvieron asociados con respiración excesiva (incluso durante actividad física vigorosa).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna otra condición médica crónica? (por ejemplo artritis, enfermedad respiratoria, cáncer etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Actualmente toma medicamentos prescritos por alguna condición médica crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Actualmente tiene (o ha tenido en los últimos 12 meses) un problema de huesos, articulaciones o tejidos blandos (músculos, ligamentos o tendones) que podría empeorar al volverse más activo físicamente? <i>Contestar NO si tuvo un problema en el pasado, pero no limita su capacidad actual de estar físicamente activo.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez su médico le ha dicho que solo debe hacer actividad física bajo supervisión médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información complementaria de salud

	Sí	No	
¿Antecedentes hospitalarios (transfusiones, diálisis, urgencias, fracturas, rehabilitación, secuelas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Ha tenido 2 o más caídas en el último año o 1 caída en el último año que haya precisado de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Usa algún tipo de prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dispositivos auxiliares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentes <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Otro: _____



Cédula de información de la persona mayor

Certificado médico

Nombre del médico: _____ Cédula profesional: _____

Institución: _____ Fecha: _____

Apto para realizar actividad física sin supervisión médica: Sí NO

Observaciones / indicaciones médicas /contrastación:

NOTA: Si la persona mayor tiene alguna enfermedad temporal (bronquitis, gripe); alguna crisis o exacerbación relacionada con alguna enfermedad o tratamiento o infecciones que causen afectación del estado general, es recomendable esperar hasta su completa recuperación para continuar con el interrogatorio y las valoraciones.

Hábitos de vida que podrían afectar negativamente la capacidad funcional

Fumar: Sí No Frecuencia:

Beber alcohol: Sí No Frecuencia:

Alimentación

En una sola semana habitual o típica:

¿Con qué frecuencia...

Siempre
(6 a 7 días)

Ocasionalmente
(1 a 5 días)

Nunca

Añade sal a los alimentos.?

Consume alimentos con grasas? (fritos, capeados, empanizados).

Consume frutas?

Consume verduras?

Consume proteínas (carne, huevo, quesos)?

Consume más de 5 vasos al día de agua/líquidos?

Sedentarismo

a. En una semana habitual ¿qué tan frecuentemente realiza sentado, recostado o acostado actividades como leer, escribir, ver televisión u otros?

- Nunca-0 días
 Casi Nunca-1 a 2 días
 A veces-3 a 4 días
 Frecuentemente-5 a 7 días

b. En promedio, ¿cuántas horas al día realizó estas actividades?

- Menos de 1 hora
 Entre una y menos de dos horas
 De 2 a 4 horas

La sumatoria de las respuesta a y b: A veces o frecuentemente + De 2 a 4 horas = Posible sedentarismo

Signos vitales

Tensión arterial: _____ mmHg

Frecuencia cardiaca (FC): _____

Frecuencia respiratoria (FR): _____

Frecuencia cardiaca máxima (FC max): _____

Antropometría

Peso: _____ kg

Estatura: _____ mts

IMC: _____ kg/m²

Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad

Nombre y firma de conocimiento de aviso de privacidad:

Nombre y firma de quien registra la información:

