

Sección 7: Actividad física

Cuestionario

7.1	¿Cuántos días a la semana camina a ritmo normal, al menos durante 10 minutos, para trasladarse de un lugar a otro, para practicar deportes o actividades recreativas, o para placer?	1. Días por semana			
		2. Se niega a responder		<input type="checkbox"/>	
		3. No sabe		<input type="checkbox"/>	
7.2	En los días en que Ud. camina, ¿cuánto tiempo emplea caminando?	1. Horas			
		2. Minutos			
7.3	¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas moderadas por al menos 10 minutos, como: andar en bicicleta a un ritmo regular, nadar a un ritmo normal, rastrillar o recojer hojas, o barrer el piso?	1. Días por semana			
		2. Se niega a responder		<input type="checkbox"/>	
		3. No sabe		<input type="checkbox"/>	
7.4	En esos días cuando Ud. realiza este tipo de actividad física, ¿cuánto tiempo emplea en su desempeño?	1. Horas			
		2. Minutos			
7.5	¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas vigorosas, por al menos 10 minutos?	1. Días por semana			
		2. Se niega a responder		<input type="checkbox"/>	
		3. No sabe		<input type="checkbox"/>	
7.6	En esos días cuando Ud. realiza este tipo de actividad física, ¿cuánto tiempo emplea en su desempeño?	1. Horas			
		2. Minutos			
7.7	¿Considera que el ejercicio físico es beneficioso para la salud?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No sé/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>		
7.8	¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario le ha aconsejado o indicado que realice ejercicios físicos?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No recuerdo/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>		



7.9	¿Cuál ha sido la razón principal por lo cual su médico le ha indicado que realice ejercicios físicos?	1. Para mantenerse saludable		<input type="checkbox"/>	
		2. Para mantener o controlar su peso corporal		<input type="checkbox"/>	
		3. Como complemento para tratar una determinada dolencia que Ud. tiene		<input type="checkbox"/>	
		4. Por otra razón		<input type="checkbox"/>	
		5. No se por qué razón		<input type="checkbox"/>	
7.10	Sí Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los practica, ¿conoce algún sitio donde Ud. pueda acudir para recibir asesoría/ayuda sobre la forma en que debe realizarlos?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No recuerdo/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>		
7.11	Sí Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los realiza, ¿considera que existen las facilidades (espacio, áreas dedicadas, seguridad para realizarlos) adecuadas para que Ud. pueda realizarlos?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No recuerdo/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>		

