

ANEXO 3. FORMATOS SUGERIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS PRODUCTOS SOLICITADOS

El Evaluador entregará al candidato los formatos siguientes para que éste los presente requisitados como parte de la evidencia solicitada en los Productos; en caso de que el Candidato presente sus propios formatos, los aquí expuestos no será necesario entregarlos, ni solicitar su presentación como evidencia. Habrá que evaluar que los formatos presentados por el candidato contengan la información solicitada por los reactivos correspondientes

REPORTE DE LA EVALUACIÓN FÍSICA

I. Datos generales

NOMBRE _____ EDAD _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____ E-MAIL _____

PESO _____ kg ESTATURA _____ m

FCR _____ ppm TÁS _____ TAD _____

ASPECTOS FÍSICOS ESTRUCTURALES

CIRCUNFERENCIA CADERA _____ CIRCUNFERENCIA CINTURA _____

% GRASA _____ INDICE CINTURA CADERA _____

INDICE DE ADAPTACION AL ESFUERZO _____

FLEXIBILIDAD EN CINTURA ESCAPULAR _____

FLEXIBILIDAD COXOFEMORAL _____

ANÁLISIS POSTURAL

QUÍMICA SANGUÍNEA



II. Resultados de la entrevista inicial

1. Fecha de la última revisión médica _____

2. Alérgico a medicamentos, alimentos u otras sustancias _____

3. Enfermedades crónicas o graves _____

4. En caso de emergencia llamar a (nombre, parentesco y teléfono)

Situación previa. Durante los últimos 12 meses...

Preguntas	SI	NO
1. ¿Ha sido recetado con algún medicamento?		
2. ¿Ha bajado y subido de peso sin razón aparente?		
3. ¿Ha intentado un cambio de peso mediante dieta o ejercicio?		
4. ¿Tiene problemas para dormir?		
5. ¿Ha sufrido mareos, desmayos o amnesia temporal?		
6. ¿Ha tenido vista borrosa en alguna ocasión?		
7. ¿Ha tenido dolores de cabeza agudos?		
8. ¿Experimenta tos crónica por la mañana?		
9. ¿Ha experimentado algún cambio en su modo de hablar? Por ejemplo, mala pronunciación, pérdida del habla.		
10. ¿Se ha sentido nervioso o ansioso sin razón aparente?		
11. ¿Ha experimentado latidos del corazón anormales? Por ejemplo, palpitaciones, taquicardias.		
Observaciones		

Actualmente...

Preguntas	SI	NO
1. ¿Experimenta falta de aliento al caminar?		
2. ¿Siente hormigueos, entumecimientos o pérdida del tacto en los brazos, piernas, pies o cara?		
3. ¿Advierte que en ocasiones sus manos o pies se encuentran más fríos que otras partes del cuerpo?		
4. ¿Se le hinchan los pies o tobillos?		
5. ¿Presenta dolores o calambres en las piernas?		
6. ¿Experimenta algún dolor o malestar en el pecho?		
7. ¿Aprecia alguna presión o incomodidad en el pecho?		
8. ¿Le han mencionado que su tensión arterial es anormal?		
9. ¿Le han mencionado que su nivel de colesterol es elevado?		
10. ¿Padece diabetes?		
En caso afirmativo de padecer diabetes, ¿cómo la controla?		
Dieta	Insulina	
Medicamento _____	Sin control	
11. ¿Cómo considera su nivel de estrés?		
12. ¿Alguna enfermedad de cuidado que padezca actualmente?		
Observaciones		



Estilo de vida

1. ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos, puros o pipa?
2. ¿Fuma actualmente?
3. ¿A qué edad empezó a fumar?
4. Si dejó de fumar, ¿hace cuánto lo hizo?
5. Durante el mes pasado, ¿qué cantidad de bebida alcohólica consumió?
6. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces bebió cinco o más bebidas por ocasión?
7. ¿Qué tipo de licor y en qué cantidad consume usted semanalmente?
8. ¿Se ejercita de forma regular?
9. ¿Qué actividad física practica?
10. ¿Cómo controla la actividad física que desarrolla?
11. ¿Cuántas sesiones de actividad física por semana realiza como promedio?
12. ¿Cuánto le gustaría pesar?
13. ¿Cuál es el peso máximo que ha alcanzado?
14. ¿Cuál es el peso mínimo que ha alcanzado?
15. ¿Qué métodos para perder peso ha utilizado?

16. ¿Qué tipo de ingesta realiza durante el día? (Subraye)

Desayuno	Bocadillo a media tarde
Almuerzo	Cena
Comida	Bocadillo después de la cena

17. ¿Con qué frecuencia semanal come usted en establecimientos fuera de casa?

18. Describa las raciones de comida que ingiere.

19. ¿Con qué frecuencia repite los platillos de la comida?

20. ¿En cuánto tiempo come?

21. ¿Hace alguna actividad mientras come?

22. ¿Cuántas veces por semana consume los siguientes alimentos?

Dulces, tartas o pasteles _____	Bombones _____	Refrescos _____
Bebidas sin alcohol _____	Buñuelos _____	Fruta _____
Leche o bebidas lácteas _____	Papas fritas, galletas _____	
Cacahuates _____	Helados _____	

23. ¿Con qué frecuencia pide usted postre? Al día _____ A la semana _____

24. ¿Cuál es su postre favorito?

25. ¿Con qué frecuencia ingiere alimentos fritos (quesadillas, tacos dorados)?

26. ¿Le pone sal a su comida?	Sí	No
Antes de probarla	Después de probarla	



Historia de ejercicio

1. Registre su nivel de ejercicio en una escala de 1 a 5 (tomando en cuenta que 5 es la calificación más alta) de acuerdo con edad y frecuencia de ejercicio en una semana:

18-25 años ____ 26-35 años ____ 36-45 años ____
45 o más años ____

2. ¿Fue deportista regular en su juventud? ¿Qué deporte practicaba?

Sí No Deporte _____

3. ¿Tiene algún sentimiento o experiencia negativa con algún programa de acondicionamiento físico?

Sí No

4. ¿Ha tenido alguna experiencia negativa cuando han evaluado su nivel de aptitud física?

Sí No

5. Registre mediante un círculo el nivel que considere para cada planteamiento (tomando en cuenta que 5 es la calificación más alta).

Su actual capacidad atlética:

1 2 3 4 5

¿Con qué frecuencia hace ejercicio a la semana?

1 2 3 4 5

¿Cómo considera su condición física?

1 2 3 4 5

¿En qué nivel considera su fuerza muscular?

1 2 3 4 5

¿En qué nivel considera su flexibilidad?

1 2 3 4 5

6. Cuando inicia un programa de ejercicio, pasado un tiempo, ¿se siente incapaz de continuarlo?

Sí No

7. ¿Qué tanto le dedica al entrenamiento?

Minutos/Día _____ Días/Semana _____

8. ¿Habitualmente realiza ejercicio aeróbico como caminata, carrera continua de más 15 minutos?

Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuánto tiempo le dedica al ejercicio aeróbico?

Minutos/Día _____ Días/Semana _____

Si lleva un programa de acondicionamiento físico actualmente, ¿cómo considera el nivel de intensidad?

Ligero Poco ligero Algo duro Duro

9. ¿Cuánto tiempo ha durado bajo un programa de acondicionamiento físico de forma continua?

Meses _____ Años _____

10. ¿En qué otro deporte, ejercicio o actividades recreativas ha participado en los últimos 6 meses?

Especifique _____

11. ¿Puede hacer ejercicio después de un día de trabajo duro en la oficina?

Sí _____ No _____

12. ¿Podría algún ejercicio interferir en su trabajo?

Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

13. De la siguiente lista ¿cuáles le llama la atención?

Caminar Clases de spinning

Deportes con raqueta Clases de aeróbicos

Nadar Correr

Bicicleta Asistir al gimnasio

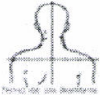
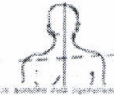
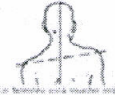

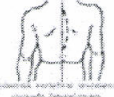













Otro _____

14. Analice la siguiente tabla; establezca sus metas en el programa de ejercicio (qué tanto quiere avanzar). Considere 1 como mínimo y 10 como la calificación máxima. Señale sus prioridades en el entrenamiento.

Nota: algunos conceptos tendrán que ser explicados al participante para que pueda contestar de forma correcta la tabla.

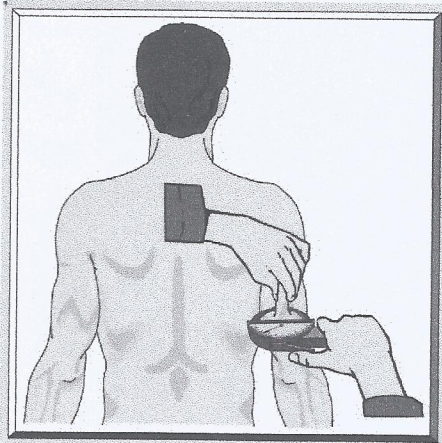
Meta	Valoración
Mejorar la capacidad aeróbica	
Reducir el porcentaje de grasa corporal	
Tonificar y 'marcar' el cuerpo	
Mejorar las capacidades físicas para un deporte específico	
Mejorar la manera de manejar el estrés	
Mejorar la flexibilidad	
Mejorar la fuerza máxima y fuerza resistencia	
Incrementar la energía	
Sentirse mejor	
Otro	
Si va a comenzar un programa de entrenamiento, ¿qué tan comprometido se siente?	

III. Características físicas
Análisis postural

	Bien (10)	Regular (5)	Mal (0)	Resultado
HOMBROS Der / Izq	 <small>Los brazos son horizontales (90°) y los hombros están nivelados.</small>	 <small>Los hombros están ligeramente más elevados que el resto.</small>	 <small>Los hombros están mucho más elevados que el resto.</small>	
COLUMNA VERTEBRAL Izq / Der	 <small>La columna vertebral es una línea recta.</small>	 <small>La columna vertebral está ligeramente curvada lateralmente.</small>	 <small>La columna vertebral está muy curvada lateralmente.</small>	
CADERA Izq / Der	 <small>La cadera es nivelada (horizontalidad).</small>	 <small>Una cadera está algo más elevada.</small>	 <small>Una cadera está claramente más elevada.</small>	
TOBILLOS	 <small>Los pies apuntan hacia el frente.</small>	 <small>Los pies apuntan hacia adentro.</small>	 <small>Los pies apuntan muy afuera. Hay una abducción (apertura) hacia afuera (externación).</small>	
DORSAL ESPALDA	 <small>Parte superior de la espalda con curvatura normal.</small>	 <small>Parte superior de la espalda que muestra curvatura de la natural.</small>	 <small>Parte superior de la espalda muy curvada.</small>	
LUMBAR ESPALDA	 <small>Zona lumbar con una curvatura normal.</small>	 <small>Zona lumbar ligeramente curvada.</small>	 <small>Zona lumbar muy curvada.</small>	

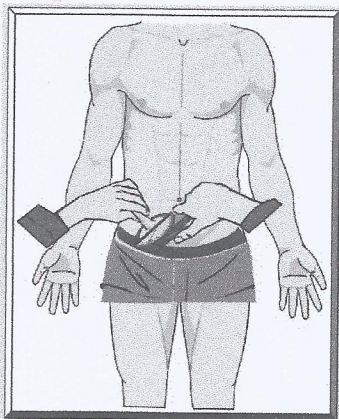
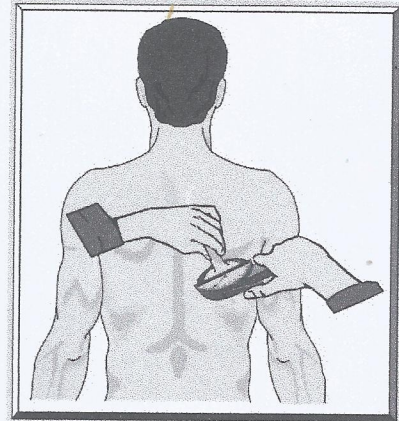
Puntuación Total

Observaciones



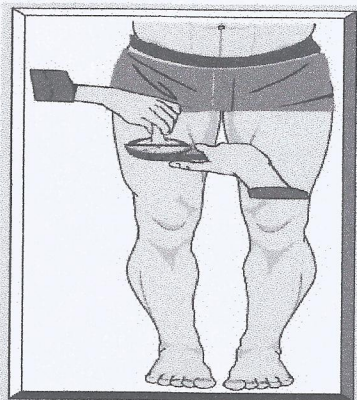
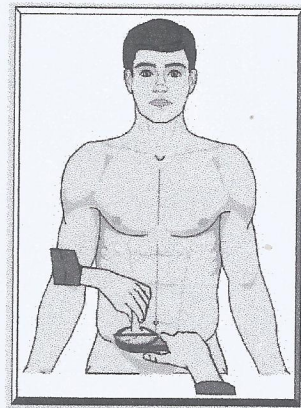
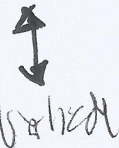
Triceps

horizontal
subescapular



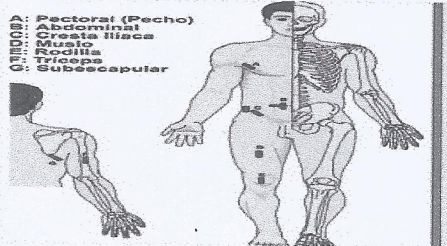
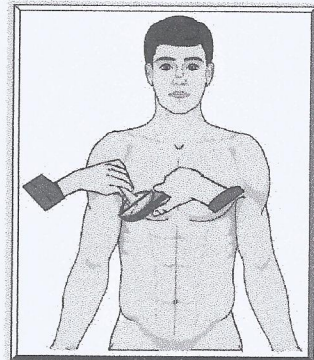
Sprailiaco

diagonal
abdomen



Muslo

horizontal
pecho



femoral

vertical

sentado

Test antropométricos

CIRCUNFERENCIAS (ÍNDICE CINTURA CADERA)

CADERA _____ CINTURA _____ ICC

PLIEGUES CUTÁNEOS

TRICEPS _____
SUBESCAPULAR _____
SUPRAILÍACO _____
ABDOMEN _____
MUSLO _____
PECHO _____
FEMORAL _____

	% GRASA
HOMBRES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
HOMBRES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>

TABLA

BICEPS

% GRASA AJUSTADO

ÍNDICE DE ADAPTACIÓN AL ESFUERZO (IAE)

FC 1 _____
FC 2 _____ IAE
FC 3 _____

HOJA ATLAS (TABLA) enmendada.

TEST DE FLEXOELASTICIDAD

COXOFEMORAL _____ cm
CINTURA ESCAPULAR _____ cm

MÉTCOS POSTURAS
REDUCE MUESTRAS MUSCULARES
MAYOR RENDIMIENTO FÍSICO
REDUCE LESIONES.

Observaciones de la Química Sanguínea

	H	727	727	16ab	5a0	-1a8	-9a-19	1-20
	M	730	30a21	20a11	10a3	0a-7	-7a-14	2-15

	M	F
10	37	41
9	33	36
8	29	32
7	26	30
6	24	28
5	22	26
4	20	24
3	18	23
2	16	21
1	14	19



Costa
Extensión



Test antropométricos

CIRCUNFERENCIAS (ÍNDICE CINTURA CADERA)

CADERA _____ CINTURA _____ ICC

PLIEGUES CUTÁNEOS

TRICEPS	_____		
SUBSCAPULAR	_____		
SUPRAILÍACO	_____		
ABDOMEN	_____		
MUSLO	_____		
PECHO	_____		
FEMORAL	_____		

% GRASA	
HOMBRES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
HOMBRES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>

% GRASA AJUSTADO

ÍNDICE DE ADAPTACIÓN AL ESFUERZO (IAE)

FC 1 _____

FC 2 _____ IAE

FC 3 _____

TEST DE FLEXOELASTICIDAD

COXOFEMORAL _____ cm

CINTURA ESCAPULAR _____ cm

OBSERVACIONES DE LA QUÍMICA SANGUÍNEA

IV. Resultados de pruebas físicas

INDICES DE FUERZA

EJERCICIO	1 RM

NIVEL DE RESISTENCIA AEROBICA

CONSUMO MAXIMO DE OXIGENO _____ ml.kg.min

*En este reporte se señalan los resultados que usted ha demostrado en las diferentes pruebas físicas aplicadas, es importante que tenga muy presente que estos niveles pueden mejorar en función de la disciplina y la constancia con la que usted tome su programa de ejercicio.
Si va a iniciar o ya inició un programa de acondicionamiento físico, le sugerimos que sea realice el programa con una frecuencia mínima de 4 veces por semana.*

V. Estado físico general

Test antropométricos

CIRCUNFERENCIAS (ÍNDICE CINTURA CADERA)

CADERA _____ CINTURA _____ ICC

PLIEGUES CUTÁNEOS

TRICEPS	_____		
SUBSCAPULAR	_____		
SUPRAILÍACO	_____		
ABDOMEN	_____		
MUSLO	_____		
PECHO	_____		
FEMORAL	_____		

% GRASA	
HOMBRES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
HOMBRES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (18-30 AÑOS)	<input type="text"/>
MUJERES (+ 31 AÑOS)	<input type="text"/>

% GRASA AJUSTADO

ÍNDICE DE ADAPTACIÓN AL ESFUERZO (IAE)

FC 1 _____
 FC 2 _____ IAE
 FC 3 _____

TEST DE FLEXOELASTICIDAD

COXOFEMORAL _____ cm
 CINTURA ESCAPULAR _____ cm

OBSERVACIONES DE LA QUÍMICA SANGUÍNEA

IV. Resultados de pruebas físicas

INDICES DE FUERZA

EJERCICIO	1 RM

NIVEL DE RESISTENCIA AEROBICA

CONSUMO MAXIMO DE OXIGENO _____ ml.kg.min

En este reporte se señalan los resultados que usted ha demostrado en las diferentes pruebas físicas aplicadas, es importante que tenga muy presente que estos niveles pueden mejorar en función de la disciplina y la constancia con la que usted tome su programa de ejercicio.

Si va a iniciar o ya inició un programa de acondicionamiento físico, le sugerimos que sea realice el programa con una frecuencia mínima de 4 veces por semana.

V. Estado físico general



PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

PROGRAMA DE FUERZA

Nombre del participante

De _____ a _____

Fecha

Semanas		1a		2a		3a		4a		5a	
		Plan	Real	Plan	Real	Plan	Real	Plan	Real	Plan	Real
Variables	Series										
	Reps										
	Des (s)										
Ejercicios		Pesos (kg) Planificados / Realizados									
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Observaciones: _____

Nombre Rutina:

Desde hasta

Observaciones:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Pectorales

- Press de Blanca
- Press Sentado
- Press Inclinado
- Press Declinado
- Pull Over
- Aperturas
- Apert. Superior
- Fondos Paralelas
- Peck-deck
- Cruces

Dorsales

- Dominadas
- Jalón Tras Nuca
- Jalón al Pecho
- Jalón Paralelo
- Remo Bajo Polea
- Remo Alto
- Remo Mancuerna
- Remo con Barra
- Pull Over
- Remo con Disco

Hombros

- Press Militar
- Press al Pecho
- Elevación Lateral
- Elevación Frontal
- Elevación F. Barra
- Pajaro
- Press Tras Nuca
- Press Mancuernas
- Press Máquina
- Rotaciones

Biceps

- Curl con Barra
- Curl con Máquina
- Curl Martillo
- Curl Alterno
- Curl Scott
- Curl en Polea
- Curl Concentrado
- Curl A. Estrecho
- Curl "21"
- Dominadas en Barra

Triceps

- Press Francés
- P. Francés Manc.
- P. Francés de Pie
- P. Francés a 1 Mano
- Tirones Polea
- Fondos Paralelas
- Press Cerrado
- Tirones Tras Nuca
- Fondos
- Patada Trasera

Piernas

- Extensiones Máquina
- Pressa
- Zancadas
- Femorales Máquina
- Apertura Máquina
- Femorales Acostado
- Glúteos
- Gemelos
- Sentadillas

LUNES		PECHO-TRICEPS		SERIES	DESCANSO	APUNTES
	PRESS BANCA			12,10,8,8	60"	
	PRESS BANCA DECLINADO			10,10,8,8,	60"	
	APERTURAS CON MANCUERNAS			4 X 12	60"	
	PULLOVER			3 X 10	60"	
	EXTENSION TRICEP EN POLEA			4 X 12	60"	
	PRESS FRANCES			4 X 12	60"	
	FONDOS			3 X 12	60"	

MARTES		ESPALDA-BICEPS		SERIES	DESCANSO	APUNTES
	DOMINADAS			3 X 10	60"	
	REMO HORIZONTAL A UNA MANO CON MANCUERNA			3 X 10	60"	
	REMO SENTADO EN POLEA AGARRE ABIERTO			3 X 10	60"	
	REMO SENTADO EN POLEA AGARRE CERRADO			3 X 10	60"	
	POLEA AL PECHO			3 X 10	60"	
	CURL BICEPS CON BARRA RECTA			3 X 10	60"	
	CURL BICEPS EN BANCO SCOOT			3 X 10	60"	
	CURL INCLINADO CON MANCUERNA			3 X 10	60"	
	CURL CONCENTRADAS			3 X 10	60"	

MIÉRCOLES		HOMBROS - ANTEBRAZOS		SERIES	DESCANSO	APUNTES
	PRESS FRONTAL CON BARRA			3 X 10	45"	
	PAJAROS			3 X 10	45"	
	ELEVACIONES LATERALES			3 X 10	45"	
	ENCOGIMIENTOS CON MANCUERNAS			3 X 10	45"	
	REMO AL CUELLO BARRA Z			3 X 10	45"	
	CURL ANTEBRAZO SUPINACION "FRONTALES"			4 X 10	45"	
	CURL ANTEBRAZO PRONACION "TRASEROS"			4 X 10	45"	

JUEVES		PIERNA		SERIES	DESCANSO	APUNTES
	SENTADILLA			4 X 10	60"	
	EXTENSIONES CUADRICES EN MAQUINA			4 X 12	60"	
	CURL FEMORAL EN MAQUINA			4 X 10	60"	
	ZANCADAS			3 VUELTAS	60"	
	ESCUADRAS EN SMITH			3 X 10	60"	
	PANTORRILLA COSTURERA			3 X 20	60"	

VIERNES		ALL BODY		SERIES	DESCANSO	APUNTES
	PRESS BANCA			2 X 10	45"	
	APERTURAS CON MANCUERNAS			2 X 10	45"	
	DOMINADAS			2 X 10	45"	
	REMO SENTADO EN POLEA AGARRE CERRADO			2 X 10	45"	
	PRESS FRANCES			2 X 10	45"	
	FONDOS			2 X 10	45"	
	CURL BICEPS EN BANCO SCOOT			2 X 10	45"	
	CURL CONCENTRADAS			2 X 10	45"	
	PAJAROS			2 X 10	45"	
	ELEVACIONES LATERALES			2 X 10	45"	
	PANTORRILLA COSTURERA			2 X 10	45"	
	SENTADILLA SMITH			2 X 10	45"	

Programa Mensual Aeróbico

Nombre del participante _____

Semana 1		Del		A					
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Programado									
Modo									
Tiempo		min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km
Método									
Organización									
Realizado									
Tiempo									
Promedio de FC									
Cal x min									

Semana 2		Del		A					
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Programado									
Modo									
Tiempo		min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km
Método									
Organización									
Realizado									
Tiempo									
Promedio de FC									
Cal x min									

Semana 3		Del		A					
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Programado									
Modo									
Tiempo		min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km
Método									
Organización									
Realizado									
Tiempo									
Promedio de FC									
Cal x min									

Semana 4		Del		A					
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Programado									
Modo									
Tiempo		min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km
Método									
Organización									



conocer

conocimiento • competitividad • crecimiento

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIA

Página 40 de 45

Realizado						
Tiempo						
Promedio de FC						
Cal x min						

Semana 5		Del	Al			
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Programado						
Modo						
Tiempo	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km	min/km
Método						
Organización						
Realizado						
Tiempo						
Promedio de FC						
Cal x min						

PROGRAMA DE FLEXOELASTICIDAD

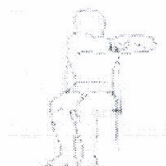
de _____ a _____

Nombre _____

EJERCICIO 1



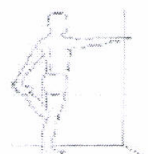
EJERCICIO 2



EJERCICIO 3



EJERCICIO 4



EJERCICIO 5



EJERCICIO 6



EJERCICIO 7



EJERCICIO 8



EJERCICIO 9



INDICACIONES METODOLOGICAS

Series _____

Tiempo _____

Observaciones
