

# Prevención de Enfermedades Cardiovasculares

Prevención de  
Enfermedades Cardíacas  
y Ataques Cerebrales

División de Prevención y Control  
de Enfermedades Crónicas  
www.vdh.virginia.gov



## INFORMACIÓN BÁSICA

VDH DEPARTAMENTO  
DE SALUD  
DE VIRGINIA  
Protegiéndole A Usted Y A Su Comunidad

### *Usted puede tomar medidas para aumentar su actividad física*

- ◆ **Si no está haciendo actividad física** ahora mismo, tiene que empezar su programa de actividad física caminando a paso moderado, cortando el césped o subiendo un piso por la escalera varias veces al día durante un período breve. Luego aumente gradualmente hasta caminar 10 minutos tres veces al día. Su objetivo es hacer actividad hasta un total de 30 minutos por día, la mayoría de los días de la semana.
- ◆ **Si está haciendo actividad física**, puede empezar su programa caminando 10 minutos tres veces por día. Aumente gradualmente hasta un total de 30 minutos, la mayoría de los días de la semana.
- ◆ Mejore la fuerza de sus músculos y la flexibilidad de sus articulaciones. Sostenga pesas de mano o dos latas de 8 onzas sin abrir y flexione y estire las muñecas y los brazos mientras mira televisión. Estire los músculos sentándose en una silla o en el suelo y tratando de alcanzar los dedos del pie.
- ◆ Si usted es un hombre mayor de 40 años o una mujer mayor de 50, hable con su médico antes de empezar un programa de actividad física.
- ◆ Si tiene una enfermedad crónica, por ejemplo, una enfermedad del corazón, diabetes, hipertensión u obesidad, hable con su médico antes de empezar un programa de actividad física.
- ◆ "Los huesos y los músculos envejecen más por falta de uso que por falta de juventud"



**USTED PUEDE TOMAR MEDIDAS PARA AUMENTAR SU NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA**

Mi nivel de actividad física hoy fue de\_\_\_\_\_.

Mi objetivo para el nivel de actividad física es \_\_\_\_\_.

Prometo trabajar en los siguientes cambios cada día antes de mi próxima cita.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de cuidados de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Mi próxima cita es:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

**Guías para la actividad física (Cómo determinar si está activo, algo activo, no activo)\***

Durante el mes pasado, ¿participó usted en alguna actividad física o ejercicio, como correr, hacer gimnasia, jugar al golf, hacer jardinería o caminar para hacer ejercicio? \_\_Sí \_\_No

¿Qué tipo de actividad física o ejercicio hizo la mayor parte del tiempo durante el mes pasado?

Actividad (Especificar) \_\_\_\_\_

¿Con cuánto esfuerzo está haciendo su actividad física o ejercicio? \_\_Poco \_\_Moderado \_\_Intenso

¿Cuántos días por semana participó en estas actividades durante el mes pasado?

Días por semana \_\_\_\_\_ No sé, no estoy seguro(a) \_\_\_\_\_

Y cuando participó en estas actividades, ¿cuántos minutos por día se mantuvo haciéndolas?

\_\_\_\_\_

**\*Encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo Relacionados con la Conducta**