

La siguiente encuesta hace referencia al Ejercicio Físico y los lugares donde éste se realiza. Marque con una "x" su respuesta.

1. Género : Femenino ____
Masculino ____
2. Edad en años: ____
3. Realiza usted algún tipo de ejercicio físico
 - a. Si
 - b. No
4. Si la respuesta anterior fue afirmativa, indique la frecuencia con la que realiza ejercicio físico
 - a. Menos de 3 veces en semana
 - b. 3 veces en semana
 - c. 4 veces en semana
 - d. Mayor o igual a 5 veces en semana
5. Qué tipo de ejercicio realiza
 - a. Autodirigido (caminata, trote, natación)
 - b. Dirigido (Gimnasio)
 - c. Dirigido (Deporte _____)
6. Con qué intensidad realiza ejercicio
 - a. Menos de una hora diaria
 - b. 1 hora diaria
 - c. 2 horas diarias
 - d. Más de 2 horas diarias.
7. Conoce usted la diferencia entre Gimnasio y Centro de Acondicionamiento y Preparación Física
 - a. Si
 - b. No
8. Prefiere usted asistir a:
 - a. Gimnasio
 - b. CAPF
 - c. Le es indiferente
9. Conoce Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en la Ciudad
 - a. Si
Cuál(es) _____

 - b. No
10. Le gustaría realizar ejercicios físico en un lugar donde se realice una valoración previa de su estado de salud
 - a. Si
 - b. No
11. Considera que es importante la toma de signos vitales antes de realizar cualquier tipo de entrenamiento físico
 - a. Si
 - b. No
12. Considera que es importante que las personas con enfermedades cardiovasculares, osteomusculares, pulmonares, etc. , se ejerciten
 - a. Si
 - b. No

13. Considera que es importante que las personas con algún tipo de discapacidad (sensitiva, cognitiva o motora), se ejerciten

- a. Si
- b. No

14. Usted prefiere que su rutina de ejercicio sea dirigido por:

- a. Profesional en Deporte y Preparación Física
- b. Profesional de la salud entrenado en Acondicionamiento Físico
- c. A y B
- d. Le es indiferente

Encuesta dirigida a colaboradores de Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en la ciudad de Popayán

1. ¿En el CAPF donde labora, se ofrecen servicios de salud (consulta medicina general, fisioterapia, nutrición, etc.)?
SI NO

2. ¿Se realiza una valoración previa al inicio de la actividad física que permita determinar las características físicas y comorbilidades de los usuarios?
SI NO

3. ¿Se diseñan programas con actividades individualizadas acordes a los datos obtenidos de la valoración?
SI NO

4. ¿Laboran profesionales de la salud evaluando, diseñando, desarrollando o supervisando la actividad física?
SI NO

5. ¿Se han diseñado programas de rehabilitación cardiopulmonar, osteomuscular o neurológica?
SI NO

6. ¿Se desarrollan actividades encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad?
SI NO

7. ¿El personal que labora en el CAPF, se encuentra entrenado para prestar atención en RCP Básica en caso de que se presente una emergencia?
SI NO

8. ¿El CAPF donde labora, se encuentra HABILITADO?
SI NO

Instrumento de Observación Directa

1. ¿El lugar recibe el nombre de Centro de Acondicionamiento Físico o Centro de Cultura Física?
SI NO
2. ¿Se ofrecen servicios en salud tales como: consulta médica general, fisioterapia, nutrición y/o psicología?
SI NO
3. ¿Existen programas de acondicionamiento físico específicos por patologías?
SI NO
4. ¿Los entrenadores que laboran en el CAPF tienen la capacidad de resolver problemas de salud a través de un plan de ejercicio?
SI NO
5. ¿Se prestan servicios de rehabilitación integrando el acondicionamiento físico, la fisioterapia convencional y la medicina?
SI NO
6. ¿Se realiza seguimiento de los signos vitales de los pacientes que asisten al CAPF?
SI NO
7. ¿Se tiene en cuenta las comorbilidades de los usuarios en el momento de desarrollar un programa de ejercicios?
SI NO
8. ¿El CAPF, cumple con los requisitos de habilitación?
SI NO

LICENCIA DE USO – AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado(s) de la siguiente forma:

Nombre: **MILDRETH ROCIO TOVAR DIAZ**

Tipo de documento de identidad: C.C. X No. **1085.280.135**

El(los) suscrito(s) en calidad de autor(es) del trabajo de tesis, nomografía o trabajo de grado, documento de investigación denominado:

“PLAN DE NEGOCIO: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL CREER”

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI ___ NO X

(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios web con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscrito(s) es (son) el(los) autor(es) exclusivo(s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad

sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Popayán (Cauca).

NOMBRE COMPLETO: MILDRETH ROCIO TOVAR DIAZ

FIRMA: 

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 1085.280.135

FACULTAD: POSTGRADOS

PROGRAMA ACADEMICO: AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA