

Cuestionario de riesgos para la salud

Su nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Provider notes: _____
Height (inches): _____ Weight (lbs): _____ BMI: _____
Waist circumference (inches): _____ Neck circumference (inches): _____

Acerca de la visita

Enumere sus preocupaciones de salud en orden de importancia (por ejemplo, ejercicio, nutrición, médico, sueño, estrés, dolor)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Actividad física

En promedio, ¿cuán a menudo hace usted ejercicio? _____ Días por semana: _____ Minutos por día: _____

¿A qué intensidad (grado de dificultad) hace usted ejercicio normalmente? ^{PAVS} _____
☐ ligera (caminar lento) ☐ moderada (caminar rápido) ☐ alta (trota/correr)

¿Qué tipo de actividad física hace usted? _____

¿Cuán a menudo hace usted ejercicio o actividades de fortalecimiento muscular? _____ Días por semana: _____ Minutos por día: _____

¿Cuántas horas pasa usted "frente a la pantalla" cada día: televisión, videojuegos, sentado en la computadora (sin contar el trabajo y la escuela)? _____ Horas frente a la pantalla por día: _____

¿Cuántas horas pasa sentado usted en total cada día (incluso en el trabajo y la escuela)? _____ Total de horas que pasa sentado por día: _____

¿Se ha caído en el pasado? Si es así, ¿cuán a menudo? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Se siente tambaleante cuando camina? _____ ☐ Sí ☐ No

Nutrición

En promedio, ¿cuántos días por semana desayuna usted de forma saludable? _____ Días por semana: _____

¿Cuáles y cuántas bebidas toma cada día? _____
(1 taza = 8 onzas; 1 lata de refresco = 12 onzas; 1 botella de agua de plástico = 16 oz.) _____
_____ onzas de bebidas cafeinadas
_____ onzas de refresco (gaseosa)
_____ onzas de jugo o bebidas azucaradas
_____ onzas de agua

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras come usted cada día? _____ Total de porciones por día: _____
(frutas: ____/día; verduras: ____/día)

En promedio, ¿cuántas comidas sin interrupción come por semana? _____ Comidas por semana: _____

En promedio, ¿cuántas porciones de productos lácteos come usted cada día? _____ Porciones por día: _____

¿Alguna vez come usted a escondidas? _____ ☐ Sí ☐ No



Nutrición (continuación)

¿Con qué frecuencia come usted mientras hace otras cosas como ver la televisión? ☐ casi nunca ☐ de vez en cuando
☐ con frecuencia

En una escala del 1 al 10, en la que 1 es bajo y 10 es alto, ¿qué tan listo, dispuesto y preparado está usted para mejorar sus hábitos de nutrición y respetarlos? (1-10): _____

Sueño, salud mental, apoyo social

Durante las últimas 2 semanas, ¿Cuántas horas duerme usted normalmente (incluso siestas)? Horas por día: _____

¿Ronca fuerte?
(más que cuando habla o lo suficientemente fuerte como para que lo escuchen a través de puertas cerradas) ☐ Sí ☐ No

¿Se siente usted cansado, fatigado o somnoliento con frecuencia durante el día, incluso después de haber dormido bien durante la noche? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez alguien ha visto que usted deje de respirar mientras duerme? ☐ Sí ☐ No

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas? ☐ Sí ☐ No

Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido usted poco interés o placer por hacer sus actividades habituales? ☐ Sí ☐ No

¿A quién le pide usted ayuda cuando no se siente bien o está angustiado?
☐ No suelo hablar con nadie ☐ Mi apoyo se ha agotado o acabado
☐ Hablo con un amigo, pastor, líder de la Iglesia, cónyuge o pareja

¿Hay personas que influyan de forma negativa en sus esfuerzos por llevar un estilo de vida saludable? ☐ Sí ☐ No
¿Quién? _____

En una escala del 1 al 10, en la que 1 es bajo y 10 es alto, ¿qué tan dispuesto y preparado está usted para mejorar sus hábitos saludables en relación con el sueño, estrés o apoyo social? (1-10): _____

Peso (Salte esta sección si no desea hablar de su peso)

¿Está preocupado sobre el impacto del peso en su salud en general?
☐ muy despreocupado ☐ despreocupado ☐ Neutral ☐ preocupado ☐ muy preocupado

¿Le gustaría bajar de peso? ☐ Sí ☐ No

Si está interesado en cambiar su peso, de qué métodos le gustaría hablar?
☐ Nutrición ☐ Actividad física ☐ Medicamentos para bajar de peso ☐ Cirugía para bajar de peso ☐ Dieta

¿Ha tratado usted de bajar de peso antes? ☐ Sí ☐ No Si es así, responda a las preguntas a continuación

¿Qué métodos usó? _____

¿Cuánto ha cambiado su peso? _____ ¿Por cuánto tiempo mantuvo su peso? _____

¿Toma o ha tomado medicamentos o suplementos para bajar de peso? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué tomó? _____

En una escala del 1 al 10, en la que 1 es bajo y 10 es alto, ¿qué tan listo, dispuesto y preparado está para bajar de peso y/o mantener el peso que ya se ha perdido? (1-10) _____

Otros factores de riesgo del estilo de vida y enfermedades

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | | |

¿Alguno de sus familiares cercanos tiene cualquiera de las siguientes? (Deje en blanco si no sabe)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | | |

En promedio ¿cuántas bebidas alcohólicas consume al día? Bebidas por día _____

(1 bebida = 12 oz de cerveza, 5 oz de vino, o 1.5 oz de licor) Bebidas por semana _____

¿Consumes usted tabaco? ☐ nunca ☐ antes ☐ ahora Si contestó antes o ahora, responda a continuación

¿Última vez que lo hizo? _____ ¿Qué tipos? _____

¿Cuánto por día? _____ ¿Cuántos años? _____

¿Usa cigarros electrónicos (vapea)? ☐ nunca ☐ antes ☐ ahora Si contestó antes o ahora, responda a continuación

¿Última vez que lo usó? _____ ¿Qué tipos? _____

¿Cuánto por día? _____ ¿Cuántos años? _____

¿Usas drogas recreativas? ☐ nunca ☐ antes ☐ ahora Si contestó antes o ahora, responda a continuación

¿Última vez que los usó? _____ ¿Qué tipos? _____

¿Cuánto por día? _____ ¿Cuántos años? _____

Enumere todos los medicamentos o suplementos (por ejemplo, vitaminas) que usted toma:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿Qué otras inquietudes tiene usted sobre su salud o hábitos saludables?

PAVS- Physical Activity Vital Sign

El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica.

Intermountain Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

