

# 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, medico, 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? <small>PAVS</small>	<input type="checkbox"/> ligera (caminar lento) <input type="checkbox"/> moderada (caminar rápido) <input type="checkbox"/> alta (trotar/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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   ¿cuán a menudo? _____
¿Se siente tambaleante cuando camina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

E n 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 \_\_\_\_\_

¿Consume 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.

