

# Cuestionario de riesgos para la salud

Su nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_<sup>SB6</sup> Sexo: \_\_\_\_\_<sup>SB8</sup> Fecha: \_\_\_\_\_

Provider notes: Height (inches): \_\_\_\_\_ Weight (lbs): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_<sup>SB5</sup>  
Waist circumference (inches): \_\_\_\_\_ Neck circumference (inches): \_\_\_\_\_<sup>SB7</sup>

## 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?<sup>HELP2, PAVS</sup>

ligera (caminar lento)  moderada (caminar rápido)  alta (trota/correr)

¿Qué tipo de actividad física hace usted?<sup>HELP2</sup>

Lista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿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)?<sup>HELP2</sup>

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  ¿cuán a menudo? \_\_\_\_\_  
no

¿Se siente tambaleante cuando camina?

sí  no

Provider notes:

## Nutrición

En promedio, ¿cuántos días por semana desayuna usted de forma saludable?<sup>HELP2</sup>

días por semana: \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántas porciones de 12 onzas de bebidas azucaradas toma usted cada día?<sup>HELP2</sup>

porciones por día: \_\_\_\_\_  
porciones por semana: \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras come usted cada día?<sup>HELP2</sup>

total de porciones por día: \_\_\_\_\_  
(frutas: \_\_\_\_/día; verduras: \_\_\_\_/día)

En promedio, ¿cuántas comidas sin interrupción come por semana?<sup>HELP2</sup>

comidas por semana: \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántas porciones de productos lácteos come usted cada día?

porciones por día: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia come usted mientras hace otras cosas como ver la televisión?

casi nunca  de vez en cuando  
 con frecuencia

¿Alguna vez come usted a escondidas?

no  sí

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): \_\_\_\_\_

Provider notes:



## Sueño, salud mental, apoyo social

¿Cuántas horas duerme usted normalmente (incluso siestas)? <sup>HELP2</sup> horas por día: \_\_\_\_\_

¿Ronca usted fuerte (más que cuando habla o lo suficientemente fuerte como para que lo escuchen a través de puertas cerradas)? <sup>SB1</sup>  no  sí

¿Se siente usted cansado, fatigado o somnoliento con frecuencia durante el día, incluso después de haber dormido bien durante la noche? <sup>SB1</sup>  no  sí

¿Alguna vez alguien ha visto que usted deje de respirar mientras duerme? <sup>SB3</sup>  no  sí

¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas en las últimas 2 semanas? <sup>HELP2</sup>  no  sí

¿Ha sentido usted poco interés o placer por hacer sus actividades habituales en las últimas 2 semanas? <sup>HELP2</sup>  no  sí

¿A quién le pide usted ayuda cuando no se siente bien o está angustiado? <sup>HELP2</sup>  
 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?  no  sí  
¿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): \_\_\_\_\_

Provider notes:

## 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?  no  sí Si es así, ¿cuántas libras quiere bajar?  
\_\_\_\_\_

¿Ha tratado usted de bajar de peso con anterioridad?  no  sí Si es así, responda las siguientes preguntas:

¿Qué métodos usó? \_\_\_\_\_

¿Cuánto ha cambiado su peso? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo mantuvo su peso? \_\_\_\_\_

¿Cuántas libras bajó? \_\_\_\_\_ libras

¿Toma usted (o tomó alguna vez) medicamentos o suplementos para bajar de peso?  no  sí

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 usted para bajar de peso y/o mantener el peso que ya se ha perdido? (1–10): \_\_\_\_\_

Provider notes:

## Otros factores de riesgo del estilo de vida y enfermedades

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?  enfermedad cardíaca  hipertensión  
 colesterol alto  diabetes tipo 2  apnea obstructiva del sueño  depresión

¿Alguno de sus familiares cercanos tiene cualquiera de las siguientes, y si es así, ¿quién?  
 enfermedad cardíaca - ¿quién? \_\_\_\_\_  diabetes - ¿quién? \_\_\_\_\_  
 obesidad - ¿quién? \_\_\_\_\_  depresión - ¿quién? \_\_\_\_\_

En promedio ¿cuántas bebidas alcoholicas consume al día? bebidas por día: \_\_\_\_\_  
HELP2 (1 drink = 12-ounce beer, 5-ounce wine, 1.5-ounce liquor) bebidas por semana: \_\_\_\_\_

¿Consume usted tabaco? HELP2  nunca  antes  ahora Responda las siguientes preguntas si contestó antes o ahora:

Última fecha de uso: \_\_\_\_\_ ¿Qué tipos? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por día? HELP2 \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años? HELP2 \_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos o suplementos que usted toma: HELP2

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

PAVS = PAVS questions;  
SBx = part of Stop Bang screen;  
HELP2 = fields in HELP2 preventive tab

Provider notes:

### Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---