

LiVe Well Cuestionario de riesgos para la salud

Su nombre: _____ Edad: _____^{SB6} Sexo: _____^{SB8} Fecha: _____

Provider notes: Height (inches): _____ Weight (lbs): _____ BMI: _____^{SB5}
Waist circumference (inches): _____ Neck circumference (inches): _____^{SB7}



Actividad física

En promedio, ¿cuántos días por semana hace usted ejercicio o alguna actividad física?^{HELP2, PAVS}

días por semana: _____

En promedio, ¿cuántos minutos hace usted alguna actividad física o ejercicio cada uno de esos días?^{HELP2, PAVS}

minutos por día: _____

¿Con qué intensidad (grado de dificultad) hace usted ejercicio normalmente?^{HELP2, PAVS}

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

¿Qué tipo de actividad física hace usted?^{HELP2} Lista:

¿Con qué frecuencia 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)?^{HELP2}

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: _____

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 actividad física y respetarlos?

(1–10): _____

Provider notes:



Nutrición

En promedio, ¿cuántos días por semana desayuna usted de forma saludable?^{HELP2}

días por semana: _____

En promedio, ¿cuántas porciones de 12 onzas de bebidas azucaradas toma usted cada día?^{HELP2}

porciones por día: _____
porciones por semana: _____

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras come usted cada día?^{HELP2}

total de porciones por día: _____
(frutas: ____/día; verduras: ____/día)

En promedio, ¿cuántas comidas por semana come con su familia?^{HELP2}

comidas por semana: _____

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

porciones por día: _____

En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma usted cada día?^{HELP2} (1 bebida = 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)

bebidas por día: _____
bebidas por semana: _____

¿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:



Pat Qst 50113

© 2013–2018 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. Patient and Provider Publications CPM015b5 - 04/18 (Spanish Translation 07/13 by Lingotek, Inc.)



Sueño, salud mental, apoyo social

- ¿Cuántas **horas duerme** usted normalmente (incluso siestas)?^{HELP2} horas por día: _____
- ¿**Ronca** usted fuerte (más que cuando habla o lo suficientemente fuerte como para que lo escuchen a través de puertas cerradas)?^{SB1} no sí
- ¿Se siente usted **cansado**, fatigado o somnoliento con frecuencia durante el día, incluso después de haber dormido bien durante la noche?^{SB1} no sí
- ¿Alguna vez alguien ha **visto** que usted deje de respirar mientras duerme?^{SB3} no sí
- ¿Se ha sentido usted triste, deprimido o sin esperanzas en las últimas 2 semanas?^{HELP2} no sí
- ¿Ha sentido usted poco interés o placer por hacer sus actividades habituales en las últimas 2 semanas?^{HELP2} no sí
- ¿A quién le pide usted ayuda cuando no se siente bien o está angustiado?^{HELP2} 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 listo, dispuesto y preparado está usted para mejorar sus hábitos saludables en relación con el **sueño, estrés o apoyo social**? (1–10): _____

Provider notes:



Peso

- Usted piensa que está: bajo de peso bien excedido de peso obeso muy obeso
- ¿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? _____
- ¿Funcionaron? no sí ¿Cuántas libras bajó? _____ libras
- ¿Cuánto tiempo mantuvo usted ese peso? _____ ¿Cuántas libras volvió a subir? _____ 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? _____
- ¿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? _____

Provider notes:

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

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

© 2013–2018 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. Patient and Provider Publications CPM015bS - 04/18 (Spanish Translation 07/13 by Lingotek, Inc.)