Nombre del/de la paciente: Fecha:

Cuestionario sobre hábitos saludables

En nuestro consultorio, nos gusta hablar sobre los estilos de vida saludables con todos nuestros pacientes. Tómese un tiempo para responder las preguntas que figuran a continuación. Revisaremos las respuestas durante su visita.

Antecedentes médicos/familiares

¿Usted o algún miembro de su familia han tenido alguna de las afecciones que se mencionan a continuación? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan).

Diabetes Enfermedad cardíaca Presión arterial alta Sobrepeso/Obesidad Apoplejía

Hábitos saludables

Marque **sí** o **no** en los siguientes enunciados:	**Sí**	**No**
Realizo al menos 30 minutos de actividad física por día, la mayoría de los días de la semana.	___	___
Limito el tiempo que paso mirando televisión/pantallas o usando medios de comunicación a menos de 2 horas por día.	___	___
Duermo al menos entre 7 y 8 horas por noche.	___	___
Fumo.	___	___
Bebo más de 36 onzas (1 litro) por semana de bebidas azucaradas (jugos, bebidas sin alcohol, bebidas isotónicas, té helado).	___	___
Como alimentos naturales o granos integrales (frutos secos, frijoles, pescado y carne de ave magra) a diario.	___	___
Como carnes rojas o procesadas a diario.	___	___
Como al menos 5 porciones de verduras **y** frutas por día.	___	___
No como mientras estoy distraído/a (mientras miro televisión, leo, envío mensajes, etc.)	___	___

Según en sus respuestas, ¿hay **ALGO** que esté dispuesto/a a cambiar en este momento?

- ☐ Comer más frutas y verduras.
- ☐ Realizar más actividad física.
- ☐ Permanecer sentado/a o mirar televisión menos tiempo.
- ☐ Comer menos comida rápida/alimentos procesados.
- ☐ Beber menos refrescos, jugos o bebidas isotónicas.
- ☐ Dejar de fumar.

Adaptado de la Lista de verificación para lograr un peso saludable (Healthy Weight Checklist) de la Facultad de Salud Pública de Harvard (Harvard School of Public Health).