

Nombre _____ Correo electrónico* _____

Número de celular* _____ Proveedor de servicios celular* _____

**Necesitamos ésto para poder enviarte recordatorios ocasionales de mensaje de texto y correo electrónico acerca de tareas sencillas para cambiar el comportamiento.*

Al completar la evaluación de salud personal, se te preguntará sobre tus hábitos, emociones, uso de servicios de salud, y riesgos de salud tales como la presión arterial, colesterol, y glucosa sanguínea. Según tus respuestas recibirás consejo. Las respuestas proporcionadas por ti y tus compañeros de trabajo se combinarán para ayudarnos a planear los detalles del programa de bienestar. Sin embargo, nunca serás identificable; tus respuestas no se compartirán con tu empleador; si nos das permiso, compartiremos tus respuestas con un guía de bienestar u otro profesional de salud quien te ayudará a mejorar tu salud; y nosotros cumplimos con las leyes de privacidad federal y protocolo de seguridad para proteger tus datos. Te invitamos a completar la evaluación personal de salud, pero si prefieres no hacerlo, por favor contesta por lo menos las preguntas 34 y 35 para que nuestro sistema pueda recomendarte exámenes médicos apropiados para ti.

Por favor, marca la mejor respuesta para cada pregunta.

1. ¿Generalmente, cuántos días a la semana haces ejercicio (por ejemplo: caminar, correr, clase de aeróbicos)?	0	1	2	3	4	5+					
2. ¿Durante la semana pasada, por cuántos minutos en total hiciste algún tipo de ejercicio?	_____										
3. ¿Durante la semana pasada, cuántos días durmiste lo suficiente para despertarte sintiéndote descansado y refrescado?	0	1	2	3	4	5	6	7			
4. ¿En general, cuántas porciones de frutas consumes cada día? (Una porción es media taza de fruta fresca, picada, o enlatada)	0	1	2	3	4	5+					
5. ¿En general, cuántas porciones de verduras consumes cada día? (Una porción es media taza de verdura fresca, picada, o enlatada)	0	1	2	3	4	5+					
6. ¿En general, cuántas porciones de granos enteros consumes cada día? (Una porción es media taza cocida de trigo o cereal o arroz integral, maíz, avena, o cebada; o una rebanada de pan integral)	0	1	2	3	4	5+					
7. ¿Con qué frecuencia bebes bebidas con alto contenido de azúcar, como soda no de dieta, kool-aid, jugo o té endulzado?	Rara vez/ nunca		ocasional- mente		1-2 veces al día		3-4 veces al día		5 o más veces por día		
8. ¿Cuando viajas en carro/coche, qué porcentaje del tiempo llevas puesto el cinturón de seguridad?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. ¿Durante la semana pasada, ¿cuántas veces te distrajiste- mientras manejabas?	0 veces	1	2	3	4	5+ veces					
10. ¿Durante la semana pasada, cuántos días fumaste cigarrillos o cigarros?	0	1	2	3	4	5	6	7			
11. ¿Durante la semana pasada, cuántos días consumiste tabaco sin humo?	0	1	2	3	4	5	6	7			
12. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes al día? (Una bebida alcohólica consiste en 12 oz de cerveza, 5 oz de vino, 1.5 oz de licor)	0	1	2	3	4	5	6	7+			
13. ¿Durante los últimos 3 meses, con qué frecuencia tu rutina normal y diaria ha sido interrumpida por sentimientos de mucha depresión?	0 veces	1	2	3	4	5	6+ veces				
14. ¿Durante los últimos 3 meses, con qué frecuencia tu rutina normal y diaria ha sido interrumpida por sentimientos de mucho estrés?	0 veces	1	2	3	4	5	6+ veces				
15. ¿Durante los últimos 3 meses, con qué frecuencia tu rutina normal y diaria ha sido interrumpida por sentimientos de soledad?	0 veces	1	2	3	4	5	6+ veces				
16. ¿Durante el año pasado, ¿cuánto ha afectado el estrés financiero a su salud?	Ninguno Sí		No Tanto		Algunos		Mucho				
17. ¿Tienes algunos amigos o familiares con quienes puedes hablar de los desafíos o asuntos personales?	No	Sí									

Por favor, pasar la página para completar esta evaluación

18. ¿En general, usando una escala del 1 al 10, cómo evaluarías tu salud general? (10 = Excelente)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Tengo un sentido de propósito en la vida.	Fuertemente en desacuerdo		en desacuerdo		neutral		de acuerdo		fuertemente de acuerdo		
20. ¿En general, usando una escala del 1 al 10, cuán satisfecho estás con tu vida? (10 = Totalmente satisfecho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. ¿En general, usando una escala del 1 al 10, cuán satisfecho estás con tu trabajo? (10 = Totalmente satisfecho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
22. ¿Usando una escala del 1 al 10, cómo evaluarías tu desempeño general en el trabajo en los días que trabajaste durante las cuatro últimas semanas (28 días)? (1 = lo peor 10 = lo mejor)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
23. Mi empleador se preocupa por mi bienestar general.	Fuertemente en desacuerdo		en desacuerdo		neutral		de acuerdo		fuertemente de acuerdo		
24. ¿En el último año, cuántas veces faltaste por lo menos un día de trabajo debido a tu propia enfermedad personal o lesión física?	0	1	2	3	4	5	6	7	8+ veces		
25. ¿En el último año, cuántas veces tuviste consulta con un proveedor de asistencia médica? (No incluyendo visitas prenatales).	0	1	2	3	4	5	6	7	8+ veces		
26. ¿En el último año, cuántas veces pasaste la noche interna en el hospital? (No incluyendo parto).	0	1	2	3	4	5	6	7	8+ veces		
27. ¿En el último año, cuántas veces fuiste a la sala de emergencias por cuestiones de salud personales?	0	1	2	3	4	5	6	7	8+ veces		
28. Por favor escribe tu altura y peso.	Altura _____ Metros					Peso _____ Kilos					
29. ¿Cuál fue tu última medida de presión arterial? <i>El nivel normal es 129/79 o más bajo, en riesgo es entre 130/80 y 139/89, y alto riesgo es 140/90+</i>	Normal Salta a 26		En riesgo		Alto riesgo		No sé		Nunca la han tomado		
30. ¿Cuáles medidas estás tomando actualmente para disminuir la presión arterial alta?	Nada		Tomo medicamentos		Recibo tratamiento		Cambio mi estilo de vida				
31. ¿Cuál era tu nivel de colesterol total la última vez que fue verificado? <i>El nivel normal es 199 o más bajo, al límite es entre 200-239, el nivel alto es 240+</i>	Normal Salta a 28		Al límite		Alto		No sé		Nunca lo han verificado		
32. ¿Cuáles medidas estás tomando actualmente para disminuir el nivel de colesterol total?	Nada		Tomo medicamentos		Recibo tratamiento		Cambio mi estilo de vida				
33. ¿Cuál era tu nivel de colesterol HDL la última vez que fue verificado? <i>El nivel normal es 60 o más alto, al límite es entre 40-59, bajo es 39 y más bajo</i>	Normal		Al límite		Alto		No sé		Nunca lo han verificado		
34. ¿Cuál era tu nivel de tu colesterol LDL la última vez que fue verificado? <i>El nivel normal es más bajo de 130, al límite es entre 131 y 159, el alto es 160+</i>	Normal		Al límite		Alto		No sé		Nunca lo han verificado		
35. ¿Cuál fue tu nivel de glucemia en ayunas (el nivel de azúcar en la sangre) la última vez que fue verificado? <i>El nivel normal es 99 o más bajo, el límite es entre 100-125, el nivel alto es 126+</i>	Normal Salta a 32		Al límite		Alto		No sé		Nunca lo han verificado		
36. ¿Cuáles medidas estás tomando actualmente para disminuir el nivel de glucemia?	Nada		Tomo medicamentos		Recibo tratamiento		Cambio mi estilo de vida				
37. Un guía de bienestar podría ayudarte a mejorar tu salud si supiera tus necesidades e inquietudes de salud. Si se te ofreciera este recurso, ¿nos permitirías compartir los resultados de tu evaluación con un guía de bienestar?					Sí		No				
38. ¿Cuál es su género?	Hombre			Mujer							
39. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento? (mm/dd/aaaa)	_____										
40. Por favor marca todos los que se aplican. Me gustaría ayuda para:											
	Hacer más ejercicio.			Mejorar mi calidad de sueño.			Aumentar mi consumo de frutas.				
	Aumentar mi consumo de verduras.			Aumentar mi consumo de granos enteros.			Reducir el estrés.				

¡Gracias por contestar a las preguntas en esta evaluación!

updated 6/27/2020