

## EVALUACIÓN DE LA SALUD 2026

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Intente contestar completamente cada pregunta. Recuerde que su participación es voluntaria. Sin embargo, para aprovecharse de su informe personal, favor de contestar cada pregunta.

- 1 ¿Tiene alguna discapacidad visual que requiere materiales especiales de lectura?  Sí  No
- 2 ¿Tiene alguna discapacidad auditiva que requiere un aparato especial?  Sí  No
- 3 ¿Qué idioma prefiere hablar?
- 4 ¿Está usted embarazada?  Sí  No  Esta pregunta no se aplica a mí

**Si está embarazada, favor de contestar el formulario con la información antes de su embarazo.**

- 5 Circunferencia de cintura:  pulgadas (Mejor aproximación) *(Por favor vea la última página para obtener su medida apropiada)*
- 6 Durante una semana normal, ¿cuántas veces realiza algún tipo de actividad física (el ejercicio o un tipo de labor lo suficientemente exigente para que su respiración sea más pesada, o haga que su corazón late rápidamente) y lo hace por lo menos por 20 minutos? Algunos ejemplos incluyen correr, caminar rápido, cortar leña, o levantar cosas pesadas.
- Menos de una vez por semana  1 o 2 veces por semana  3 veces por semana  4 o más veces por semana
- 7 ¿Cuántos días a la semana usted hace ejercicios por 30 minutos o más (por lo menos 10 minutos a la vez) de actividad física moderada tal como caminar, cortar el césped (podadora manual), bicicleta lenta?
- Nunca  1 día  2 días  3-4 días  5-6 días  7 días
- 8 ¿Cuántas porciones de comida consume que son ricas en fibra, como el pan de grano, el cereal rico en fibra, las verduras y las frutas frescas? (el tamaño de una porción: 1 rodaja de pan, ½ taza de verduras, 1 taza de frutas, una taza de ¾ de cereal)
- 1-2 porciones al día  3-4 porciones al día  5-6 porciones al día  De vez en cuando/nunca
- 9 ¿Cuántas porciones de comida consume que son altas en colesterol o grasa como la carne, el queso, las comidas fritas o los huevos? (el tamaño de la porción: 3 ½ oz. de carne, un huevo, 1 oz./una rodaja de queso)
- 1-2 porciones al día  3-4 porciones al día  5-6 porciones al día  De vez en cuando/nunca
- 10 ¿Cómo describiría sus hábitos de fumar?
- Fumo  Fumaba  Jamás fumé
- 11 ¿Fuma o usa pipas?  Sí  No
- 12 ¿Fuma o usa puros?  Sí  No
- 13 ¿Fuma o usa tabaco sin humo- tabaco en polvo, parche de nicotina, goma de tabaco, cigarrillo electrónico?  Sí  No
- 14 ¿Usa drogas o toma medicina (incluso la recetada) que le afecta su estado emocional o le ayuda a relajarse?
- Casi todos los días  A veces  Muy de vez en cuando o jamás
- 15 ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente durante la semana?  (una bebida = una cerveza, un vaso de vino, un dedal o cualquier otro bebida que tenga alcohol)
- 16 ¿Qué porcentaje del tiempo usualmente abrocha su cinturón de seguridad cuando esta en un coche?
- 100%  90-99%  80-89%  Menos de 80%
- 17 En general, ¿hasta qué punto está satisfecho/a con su vida (favor de incluir los aspectos tanto personales como profesionales)?
- Plenamente satisfecho/a  Mayormente satisfecho/a  Parcialmente satisfecho/a  No estoy satisfecho/a
- 18 ¿Estaría de acuerdo de que está satisfecho/a con su trabajo?
- Estoy totalmente de acuerdo  Estoy de acuerdo  Neutral/No Opinión  Estoy en desacuerdo  Muy en desacuerdo
- 19 Por lo general, ¿qué tan fuerte son sus lazos familiares y amistosos?
- Muy fuertes  Fuertes  No son nada fuertes  No estoy seguro/a
- 20 Teniendo en cuenta su edad, ¿cómo describiría su salud en general?
- Excelente  Muy buena  Buena  Satisfactoria  Mala
- 21 Normalmente, ¿cuántas horas duerme durante la noche?
- 6 horas o menos  7 horas  8 horas  9 horas o más

22 Sus hábitos de dormir:

	No hay posibilidad	Una leve posibilidad	Una posibilidad moderada	Una posibilidad alta
--	-----------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras está sentado/a leyendo?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras está mirando la televisión?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras se sienta y esté inactivo/a en un lugar público (por ejemplo, en un teatro o durante una reunión)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras es el pasajero en un auto por una hora sin descanso?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras se acuesta para descansar en la tarde, o cuando las circunstancias lo permitan?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a mientras se sienta para conversar con alguien?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Hay una posibilidad de que usted se quede dormido/a después de almorzar (sin haber bebido alcohol)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando maneja y se encuentra esperando que cambie de color semáforo, ¿hay posibilidad de que usted se quede dormido/a?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23 ¿Ha padecido de alguna pérdida o desgracia este año (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, una invalidez, un divorcio, una separación, una pena de prisión, o la muerte de un ser querido)?

- Sí, dos o más pérdidas serias       Sí, una pérdida seria       No

24 En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia:

	Nunca o Muy de vez en cuando	De vez en cuando	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
--	------------------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------

- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Se ha sentido cansado/a o apátetico/a?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha culpado por algo?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido poco apetito?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le ha costado dormirse y quedarse dormido/a?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido sin esperanza?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido triste?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha perdido el interés en cosas que antes le interesaban?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido inútil?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha considerado o deseado suicidarse?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido dificultad para concentrarse o tomado decisiones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

25 Durante el último año, ¿cuántos días de trabajo ha perdido debido a una enfermedad o por cuestiones de la salud?

- 0       1-2 días       3-5 días       6-10 días       11-15 días       16 días o más

26 Favor de seleccionar una respuesta para cada pregunta:

	Nunca	Raramente	A veces	Con frecuencia	Bastante
--	-------	-----------	---------	-------------------	----------

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Con qué frecuencia tiene problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes difíciles se han hecho? | <input type="radio"/> |
| ¿Le cuesta organizar los detalles de un trabajo que requiere mucha organización?  | <input type="radio"/> |
| ¿Le es difícil recordar sus citas o obligaciones?   | <input type="radio"/> |
| Cuándo tiene un deber que requiere una alta capacidad de concentración, ¿se demora en empezarlo?                                      | <input type="radio"/> |
| ¿Mueve las manos o los pies nerviosamente cuando está sentado/a por mucho tiempo?   | <input type="radio"/> |
| ¿Ha tenido un impulso fuerte e incontrolable de mantenerse activo/a?  | <input type="radio"/> |

27 Favor de contestar Sí o No

- Se siente agitado/a o tenso/a.
- Se cansa fácilmente.
- Le cuesta concentrarse.
- Se encuentra fastidiado/a.
- Nota que sus músculos están tensos.
- Le cuesta dormirse.
- Su ansiedad interfiere en su vida diaria.

28 Padece de algunas de las siguientes condiciones o enfermedades:

	Nunca	En el pasado	Padezco de esto / Sin tratamiento	Padezco de esto / Tomo medicina	Padezco de esto / Estoy bajo asistencia médica
--	-------	--------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

- Las Alergias
- El Anemia (Deficiencia de hierro/vitamina)
- La artritis
- El asma
- El dolor de espalda
- El cáncer
- La bronquitis/Enfisema crónica/COPD
- El dolor crónico
- La depresión
- La diabetes o prediabetes
- Los problemas del corazón
- La acidez del estómago
- La presión arterial alta
- El colesterol alto
- Problemas de riñón
- Problemas del hígado
- La Menopausia
- La Migraña
- El Osteoporosis
- Los trastornos del sueño
- Un derrame cerebral
- La Enfermedad de Tiroides

29 ¿Cuándo fue la última vez que hizo una colonoscopia (examen de detección del cáncer del colon)?

Menos de 11 años	11 años o más	Nunca	No sé
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30 ¿Cuándo fue la última vez que hizo algunos chequeos médicos para la detección precoz de una enfermedad? (en años)

Menos de 1 año	1-2 años	2-3 años	3-4 años	5-6 años	7 o más o nunca
<input type="radio"/>					

- Un examen rectal
- Una inyección para la gripe
- Una inyección contra el tétano
- Un chequeo de la presión arterial
- Un chequeo del colesterol
- Un examen general de la salud
- Un examen dental

#### Esta sección se aplica a las mujeres

- Un examen Papanicolaou  Menos de 1  1-2  2-3  3-4  5-6  7 o más o nunca  No aplica (histerectomía )
- Una mamografía  Menos de 1  1-2  2-3  3-4  5-6  7 o más o nunca
- Un examen de los senos llevado a cabo por un/a doctor/a o enfermero/a  Menos de 1  1-2  2-3  3-4  5-6  7 o más o nunca

#### Esta sección se aplica a los hombres

- Un examen de la próstata  Menos de 1  1-2  2-3  3-4  5-6  7 o más o nunca

31 En los últimos doce meses, ¿cuántas veces ha hecho unas de las siguientes consultas o visitas?	0 veces	1-2 veces	3-5 veces	6 o más
Consultar el doctor/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir a la sala de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quedarse la noche en el hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 ¿Tiene un/a doctor/a?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		
33 ¿Cuál es su estado civil? (OPCIONAL)	<input type="radio"/> Soltero (jamás casado/a) <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Socio vida			
34 ¿A cuál grupo racial pertenece? (OPCIONAL)	<input type="radio"/> Anglo-sajón (no de origen latino) <input type="radio"/> Asiático o isleño del pacífico <input type="radio"/> Afroamericano <input type="radio"/> Nativo americano o de Alaska <input type="radio"/> Hispano / Latinoamericano <input type="radio"/> Otro			
35 ¿Cuál es el nivel más alto de preparación académica que ha logrado? (OPCIONAL)	<input type="radio"/> Estudios de bachillerato o menos <input type="radio"/> Licenciado <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Licenciado con estudios de posgrado <input type="radio"/> Algunos años de estudios universitarios			
36 Favor de indicar la cantidad del ingreso total que espera este año. (OPCIONAL)	<input type="radio"/> Menos de \$35,000 <input type="radio"/> \$75,000-\$99,000 <input type="radio"/> \$35,000-\$49,999 <input type="radio"/> \$100,000 o más <input type="radio"/> \$50,000-\$74,999			
37 En los próximos seis meses, ¿tiene planes para hacer algunos cambios para mantenerse en buena salud o mejorarla?	Sí	No	No sé	No lo considero una necesidad
Hacer más actividades físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el consumo de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumar menos o dejar de fumar en sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el consumo de comidas grasosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajar la presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el nivel del colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar mejor la tensión (estrés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 En los próximos seis meses, ¿le gustaría participar en un programa que le ayudaría mejorar su salud en general?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a	

Mantener su privacidad es lo principal. Su nombre y número de identificación son requeridos para confirmar su elegibilidad y para que usted se aproveche de esta evaluación de su salud.

Fuera de este propósito, su información se considera anónima y se mantiene en privado por CHC Wellness. Será usada en forma agregada y anónima para generar reportes e investigaciones científicas al menos con su permiso.

## ¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

### Cómo medir su circunferencia de cintura

1. Localice su ombligo.
2. Sostenga la cinta alrededor de su cintura al frente.
3. Anote el resultado.

