

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 que 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 o 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 apático/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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le cuesta organizar los detalles de un trabajo que requiere mucha organización?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le es difícil recordar sus citas o obligaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuándo tiene un deber que requiere una alta capacidad de concentración, ¿se demora en empezar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Mueve las manos o los pies nerviosamente cuando está sentado/a por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido un impulso fuerte e incontrolable de mantenerse activo/a ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27	Favor de contestar Sí o No		Sí	No			
	Se siente agitado/a o tenso/a.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Se cansa fácilmente.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Le cuesta concentrarse.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Se encuentra fastidiado/a.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Nota que sus músculos están tensos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Le cuesta dormirse.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Su ansiedad interfiere en su vida diaria.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El Anemia (Deficiencia de hierro/vitamina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La bronquitis/Enfisema crónica/COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El dolor crónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La diabetes o prediabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Los problemas del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La acidez del estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Problemas de riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Problemas del hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La Menopausia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La Migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	El Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Los trastornos del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Un derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	La Enfermedad de Tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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	1-2 años	2-3 años	3-4 años	5-6 años	7 o más o nunca
	Un examen rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Una inyección para la gripe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Una inyección contra el tétano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Un chequeo de la presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Un chequeo del colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Un examen general de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Un examen dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Esta sección se aplica a las mujeres

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

Esta sección se aplica a los hombres

Un examen de la próstata	<input type="radio"/> Menos de 1	<input type="radio"/> 1-2	<input type="radio"/> 2-3	<input type="radio"/> 3-4	<input type="radio"/> 5-6	<input type="radio"/> 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? ☐ Sí ☐ No
- 33 ¿Cuál es su estado civil? (OPCIONAL)
- ☐ Soltero (jamás casado/a) ☐ Divorciado ☐ Viudo
- ☐ Separado ☐ Casado ☐ Socio vida
- 34 ¿A cuál grupo racial pertenece? (OPCIONAL)
- ☐ Anglo-sajón (no de origen latino) ☐ Asiático o isleño del pacífico
- ☐ Afroamericano ☐ Nativo americano o de Alaska
- ☐ Hispano / Latinoamericano ☐ Otro
- 35 ¿Cuál es el nivel más alto de preparación académica que ha logrado? (OPCIONAL)
- ☐ Estudios de bachillerato o menos ☐ Licenciado
- ☐ Bachiller ☐ Licenciado con estudios de posgrado
- ☐ Algunos años de estudios universitarios
- 36 Favor de indicar la cantidad del ingreso total que espera este año. (OPCIONAL)
- ☐ Menos de \$35,000 ☐ \$75,000-\$99,000
- ☐ \$35,000-\$49,999 ☐ \$100,000 o más
- ☐ \$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?
- ☐ Sí ☐ No ☐ 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.

