

| | |
|--|--|
| Fecha Recibido: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> (M/D/A) Revisado Por: <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <p style="text-align: center;">- Adhiera la etiqueta aquí -</p> Nº Tarjeta Clínica: _____ Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ |
| Tipo de Contacto: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Teléfono <input type="checkbox"/> 2 Correo <input type="checkbox"/> 3 Visita <input type="checkbox"/> 8 Otro | Tipo de Visita: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Consulta de Control # <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 Consulta Semi-Anual # <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 3 Consulta Anual # <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 4 Consulta No Rutinaria |
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA | |

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 10 minutos, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, adquirir los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: PHS Reports Clearance Officer, Rm. 721-B, Humphrey Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, ATTN: PRA; y a las oficinas Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0925-0414), Washington, D.C. 20503. Favor de NO ENVIAR estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

Estas preguntas se refieren a ciertos hábitos (el fumar, el uso de cafeína y alcohol, la dieta, y el ejercicio) que podrían afectarle a Ud. la salud. Favor de contestar cada pregunta lo mejor que pueda. Recuerde que ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

Siga adelante a la próxima página.

1. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

₀ No ₁ Sí



1.1. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar cigarrillos con regularidad por primera vez? (Dé un cálculo aproximado.)

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de los 15 años | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ |

1.2. ¿Fuma cigarrillos ahora?

₀ No →

₁ Sí

1.3. ¿Cuántos años tenía cuando dejó de fumar con regularidad?

| | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Menos de los 15 años | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 años o mayor | |
| <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₁₀ | <input type="checkbox"/> ₁₁ | |

1.4. ¿Dejó usted de fumar por cuestiones de salud causadas o empeoradas por el fumar?

₀ No ₁ Sí

Siga adelante a la Pregunta 1.5.

1.5. ¿Cuántos cigarrillos en promedio fuma (fumaba) normalmente al día?

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de 1 cigarrillo | 1-4 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45 cigarrillos o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |

1.6. ¿Durante cuántos años ha sido (fue) fumadora activa? No cuente el tiempo que dejó de fumar.

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de 5 años | 5-9 años | 10-19 años | 20-29 años | 30-39 años | 40-49 años | 50 años o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |

1.7. ¿Ha fumado alguna vez para evitar aumentar de peso o para perder peso?

₀ No ₁ Sí

Siga adelante a la próxima página.

2. ¿Toma café a diario?

₀ No ₁ Sí



2.1. ¿Cuántas tazas de café regular colado (que no sea descafeinado) suele tomar al día? (Si no toma café, marque "Ninguna.")

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Ninguna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 o más |
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |



El alcohol puede afectar la salud de una persona. Quisiéramos saber cuánto alcohol ha bebido durante el transcurso de su vida. (En las preguntas a continuación, una bebida alcohólica se considera igual que un bote de cerveza, un vaso de vino o un trago de licor.)

3. ¿Ha tomado más de 12 bebidas alcohólicas en su vida?

₀ No ₁ Sí



3.1. ¿Aún bebe Ud. alcohol?

₀ No → ₁ Sí

3.2. ¿Por qué paró o dejó Ud. de beber alcohol?

₁ Problemas de la salud

₂ El alcohol me causó problemas, pero no de la salud

₈ Otra



Siga adelante a la próxima página.

4. El peso de la mujer adulta cambia con la edad. Marque la respuesta que mejor la describe a usted durante su vida adulta. Favor de no incluir cuando estaba embarazada o estaba enferma. (Marque sólo una.)

- ₁ Ningún cambio de peso (sin variar más de 10 libras)
- ₂ Aumenté de peso constantemente
- ₃ Perdí peso siendo adulta y lo he mantenido así
- ₄ Subió o bajó de peso con una variación de unas de 10 libras ↘

4.1. ¿Cuántas veces ha aumentado o bajado de peso con una variación mayor de 10 libras? Favor de no incluir cuando estaba embarazada o estaba enferma.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-3 veces | 4-6 veces | 7-10 veces | 11-15 veces | Más de 15 veces |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Las siguientes preguntas conciernen a dietas especiales o tipos de alimentos que la mujer elija tomar o que el médico le haya recomendado.

5. ¿Lleva Ud. actualmente alguna de las siguiente dietas especiales?

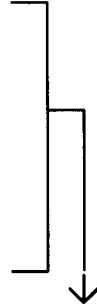
- | | No | Sí |
|---|---------------------------------------|---|
| 5.1. ¿Dieta baja en calorías? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.2. ¿Dieta baja en grasa o baja en colesterol? ... | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.3. ¿Dieta baja en sal (sodio)? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.4. ¿Dieta <u>alta en fibra</u> ? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.5. ¿Dieta <u>diabética</u> o <u>dieta recomendada por la Asociación Americana de Diabetes</u> ? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.6. ¿Dieta libre de la lactosa (sin leche o productos lácteos)? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5.7. ¿ <u>Calquier otra</u> dieta? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ ↘ |

5.8. ¿Qué clase de dieta es? (Especifique): _____

Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades físicas y a sus ejercicios. Esto incluye el caminar y los deportes.

6. Cuando camina fuera de la casa, ¿cuántas veces camina fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar? (Marque sólo una.)

- ₀ Raramente o nunca
- ₁ 1-3 veces al mes
- ₂ 1 vez a la semana
- ₃ 2-3 veces a la semana
- ₄ 4-6 veces a la semana
- ₅ 7 o más veces a la semana



6.1. Cuando camina Ud. fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar, ¿cuántos minutos suele caminar?

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Menos de 20 minutos | 20-39 minutos | 40-59 minutos | 1 hora o más |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

6.2. ¿A qué velocidad suele Ud. caminar?

- ₂ Un paseo o una caminata (a una velocidad de menos de 2 millas por hora)
- ₃ Regular o normal (2-3 millas por hora)
- ₄ Algo rápido (3-4 millas por hora)
- ₅ Muy rápido (más de 4 millas por hora)
- ₉ No sé

Siga adelante a la próxima página.

7. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días) suele Ud. hacer los siguientes ejercicios?

7.1. EJERCICIO VIGOROSO O MUY DURO (Comienza Ud. a sudar y su corazón le palpita rápidamente.) Por ejemplo, ejercicios aeróbicos, el baile aeróbic, trote atlético "jogging," jugar tenis, la natación.

| | | |
|---|--------|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Ninguno <input type="checkbox"/> ₁ 1 día por semana <input type="checkbox"/> ₂ 2 días por semana <input type="checkbox"/> ₃ 3 días por semana <input type="checkbox"/> ₄ 4 días por semana <input type="checkbox"/> ₅ 5 o más días por semana | } → | <p>7.2. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?</p> <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 20 minutos <input type="checkbox"/> ₂ 20-39 minutos <input type="checkbox"/> ₃ 40-59 minutos <input type="checkbox"/> ₄ 1 hora o más |
|---|--------|---|

7.3. EJERCICIO MODERADO (Sin ser agotador.) Por ejemplo, andar en bicicleta al aire libre, o en maquina de ejercicios (como bicicleta estable o maquina para caminar), calistenia, natación moderada, baile popular y folklórico.

| | | |
|---|--------|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Ninguno <input type="checkbox"/> ₁ 1 día por semana <input type="checkbox"/> ₂ 2 días por semana <input type="checkbox"/> ₃ 3 días por semana <input type="checkbox"/> ₄ 4 días por semana <input type="checkbox"/> ₅ 5 o más días por semana | } → | <p>7.4. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?</p> <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 20 minutos <input type="checkbox"/> ₂ 20-39 minutos <input type="checkbox"/> ₃ 40-59 minutos <input type="checkbox"/> ₄ 1 hora o más |
|---|--------|---|

Siga adelante a la próxima página.

7.5. EJERCICIO LIVIANO. Por ejemplo, baile lento, jugar boliche, el golf.

- ₀ Ninguno
- ₁ 1 día por semana
- ₂ 2 días por semana
- ₃ 3 días por semana
- ₄ 4 días por semana
- ₅ 5 o más días por semana

7.6. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. haciendo este tipo de ejercicio?

- ₁ Menos de 20 minutos
- ₂ 20-39 minutos
- ₃ 40-59 minutos
- ₄ 1 hora o más

8. ¿Durante las siguientes edades, solía usted hacer ejercicio vigoroso o muy duro por lo menos 3 veces por semana? Esto incluiría ejercicio durante el tiempo necesario para producir sudor y hacer que el corazón palpite rápidamente. (Asegúrese de marcar "No" si no hacía esto en las edades indicadas.)

| | | No | Sí |
|------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 8.1. | 18 años..... | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 8.2. | 35 años..... | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 8.3. | 50 años..... | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

9. ¿En qué fecha completó Ud. este formulario?

--
 mes día año

