







Hennepin County  
Medical Center





# Cuestionario de Buena Salud y Bienestar

Marque las casillas apropiadas para usted:

<p><b>Manténgase activo(a)</b></p> 	<p><b>Coma alimentos saludables</b></p> 	<p><b>Controle el estrés</b></p> 	<p><b>Viva libre del tabaco</b></p> 
<p><input type="checkbox"/> Camino ( ___ minutos) ___ veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo en el jardín, hago labores domésticas o tengo un trabajo que me hace sudar. ___ veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Hago un deporte, un programa de ejercicios físicos o una actividad que disfruto. ___ veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Veo televisión o vídeos, o paso tiempo frente al computador. ___ horas al día</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Como ___ raciones de frutas y vegetales al día</p> <p><input type="checkbox"/> Como proteína magra, por ejemplo pollo, pavo, pescado o frijoles. ___ raciones al día</p> <p><input type="checkbox"/> Como comidas rápidas o tentempiés. ___ veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo bebidas azucaradas (refrescos gaseosos, jugos). ___ veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> Como cuando no tengo hambre, ya sea por hábito o por razones emocionales. ___ veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Mi salud física o emocional me impide realizar mis actividades normales. ___ días en el mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> Los sentimientos de estrés, tristeza o ansiedad afectan mi capacidad de disfrutar y controlar mi vida. ___ días el mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> He participado en una actividad espiritual o cultural que me dio fortaleza emocional. ___ veces en el mes pasado</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> No fumo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fumo ___ cigarrillos al día.</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo y trabajo en un lugar donde otros fuman puros, cigarrillos o pipa.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tratando de dejar de fumar.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tratando de disminuir mi consumo de tabaco.</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa subir de peso si dejo de fumar o disminuyo mi consumo de tabaco.</p> <p><input type="checkbox"/> He tratado de dejar de fumar antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>

# Plan de Acción de Buena Salud y Bienestar

*¡Con pasos pequeños se logra una GRAN diferencia!*

Marque UNA cosa nueva que hará de forma diferente:	
<p><b>Seré más activo</b></p> 	<p><input type="checkbox"/> Caminaré ___ minutos ___ días /semana</p> <p><input type="checkbox"/> Usaré las escaleras y aumentaré el número de pasos desde y hasta el automóvil, la tienda, la escuela o el trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Me levantaré y me moveré por 10 minutos ___ veces al día ___ días/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Limitaré el tiempo de pantalla (TV, computadoras)</p> <p><input type="checkbox"/> Haré más de lo que me apasiona: baile, senderismo, deportes, patinaje ___ veces al día ___ días/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Me moveré mientras veo la televisión o una película: caminaré en el sitio, bailaré, haré estiramientos o saltaré soga</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p><b>Comeré alimentos más saludables</b></p> 	<p><input type="checkbox"/> Tomaré un desayuno saludable todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Comeré más frutas y vegetales</p> <p><input type="checkbox"/> Consumiré leche, queso y yogur de bajo contenido en grasas</p> <p><input type="checkbox"/> Comeré fuera menos: ___ veces/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuiré la cantidad o dejaré de tomar bebidas azucaradas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tomaré agua: ___ vasos al día</p>
<p><b>Reduciré el estrés</b></p> 	<p><input type="checkbox"/> Limitaré mi consumo de comida rápida, alcohol, tabaco</p> <p><input type="checkbox"/> Mantendré contacto con mis familiares y amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Dormiré entre 7 y 9 horas por día</p> <p><input type="checkbox"/> Tomaré un tiempo para mí mismo cada día: para leer, caminar, escuchar música o hacer estiramientos</p> <p><input type="checkbox"/> Respuesta de relajación: respiraré profundamente, meditaré, oraré</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p><b>Dejaré de fumar</b></p> 	<p><input type="checkbox"/> Evitaré los lugares y situaciones que me provoquen fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Obtendré ayuda de mi doctor o del plan para dejar de fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuiré a ___ cigarrillos al día</p> <p><input type="checkbox"/> Probaré la sustitución de nicotina para reducir mis ansias de fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Estableceré una fecha para dejar de fumar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>Mi IMC: _____</p> <p>Mi peso: _____</p> <p>Mi meta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> bajar de peso</p> <p><input type="checkbox"/> <u>mantenimiento</u> de peso</p>	
<p><b>¿Qué o quién puede ayudarlo a lograr esto?</b></p>	
<p><b>¿Qué podría impedirle hacer esto?</b></p>	
<p><b>¿Cuándo lo pondrá en práctica?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2 semanas por teléfono</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes de visitas a la clínica</p> <p><input type="checkbox"/> 3 meses de visitas a la clínica</p>	