

Cuestionarios sobre las necesidades sociales y las conductas de salud

Por favor, responda las preguntas a continuación sobre cosas que podrían afectar su salud. Queremos que todos estén en un ambiente saludable y seguro, razón por la cual le preguntamos sobre los desafíos que pudieran estar enfrentando. Si tuviera un problema, podemos ayudarlo. Esto no es obligatorio. No tiene que contestar las preguntas que no quiera.

Sus necesidades básicas

Hoy o en el transcurso del último año, ¿usted o algún miembro de la familia tuvo que vivir sin alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Alquiler o pagos de hipoteca | <input type="checkbox"/> Servicios médicos (como los servicios que brinda un médico, clínica u hospital) |
| <input type="checkbox"/> Servicios públicos (como electricidad, agua, internet o teléfono) | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental (como tratamientos para tratar la ansiedad o la depresión) |
| <input type="checkbox"/> Sentirse seguro en casa (protegido del abuso físico o emocional, o robo) | <input type="checkbox"/> Servicios para trastornos de abuso de sustancias (como tratamiento por abuso de drogas o alcohol) |
| <input type="checkbox"/> Transporte (por ejemplo, un vehículo o pasaje de autobús) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Recursos educativos (en la escuela) | <input type="checkbox"/> No tengo ningún problema con estos asuntos en este momento, o elijo no responder esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental | |

Sus conductas de salud

Actividad física



En el último mes, ¿realizó alguna actividad física para hacer ejercicio? _____
 (Ejemplos: caminar, correr, jardinería o jugar al golf)
 ¿Aproximadamente cuántos días por semana? _____
 ¿Aproximadamente cuántos minutos por semana? _____

¿Con qué intensidad?

- Leve** (como una caminata casual)
 Media (como una caminata rápida)
 Intensa (como trotar o correr)

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces por semana hizo actividad física o ejercicio para fortalecer los músculos? _____



(Ejemplos: hacer flexiones, sentadillas o levantamiento de pesas)

Alimentación



¿Aproximadamente cuántas porciones de frutas y verduras consume por día? _____
 ¿Cuántas porciones de bebidas azucaradas consume al día? _____

Sueño



¿Aproximadamente cuántas horas duerme en la noche? _____

Tabaco y alcohol



¿Usa tabaco?
 Sí _____ No _____

(Ejemplo: cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco masticable o cigarros)



¿Cuántas porciones de alcohol toma por día?
 Ninguna 1 2 o más