

5210 Formulario de Hábitos Saludables edades 10+

Tu nombre: _____

Edad: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿Cuántas porciones de frutas y vegetales tu consumes al día? _____
Una porción se identifica más fácilmente por el tamaño de la palma de tu mano.
2. ¿Cuántas veces a la semana tú comes tu cena en la mesa en conjunto con el resto de la familia? _____
3. ¿Cuántas veces a la semana tú comes desayuno? _____
4. ¿Cuántas veces a la semana tú comes comida rápida o comidas preparadas fuera del hogar? _____
5. ¿Cuánto tiempo recreacional (fuera del trabajo escolar) tú pasas al frente de la pantalla diariamente? _____
6. ¿Hay una televisión o aparatos electrónicos conectados al Internet en tu recámara? _____
7. ¿Cuántas horas tú duermes cada noche? _____
8. ¿Cuánto tiempo al día te mantienes físicamente activo(a)? _____ (*Respiración/Ritmo Cardíaco Rápido o Sudar*)
9. ¿Cuántas porciones de 8 onzas consumes diariamente de las siguientes categorías?
100% jugo _____ Leche Entera _____
Agua _____ Soda o Ponche _____
Bebidas de Deportes o Frutas _____ Leche sin grasa (descremada), baja en grasa (1%),
o leche reducida en grasa (2%) _____

Estamos interesados en la salud y bienestar de todos nuestros pacientes. Por favor tome un momento para contestar las siguientes preguntas.



www.iowahealthieststate.com/5210

10. Basándote en tus respuestas, ¿hay UNA cosa que te interesaría cambiar ahora?

Por favor selecciona una de las siguientes:

- Comer más frutas y vegetales.
- Comer menos comida rápida/preparada fuera del hogar.
- Tomar menos soda, jugo, o ponche.
- Tomar más agua.
- Pasar menos tiempo viendo la tele/películas y jugando juegos de video/computadora.
- Remover la tele de la recámara.
- Ser más activo – hacer más ejercicio.
- Dormir mas

Por favor entregue el formulario completado a su médico. **Gracias!**