|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-01220S (03/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Community Health PromotionChronic Disease Prevention and Cancer Control Section |
| Evaluación de estilo de vida salUDABLE de wisewomanwisewoman healthy lifestyle assessment |
| **SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y PROVEEDOR** |
| 1. Nombre de la agencia proveedora | 2. Escriba en letra de molde el nombre del proveedor actuante | 3. Fecha de la visita integrada al consultorio |
|       |       |       |
| 4. Nombre del cliente (Apellido, nombre, inicial) | 5. Fecha de nacimiento | 6. Número de identificación del cliente |
|       |       |       |
| SECCIÓN 2 – EVALUACIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE |
| 1. **¿Cuántas tazas de frutas y verduras come en un día normal?**

      tazas1. **¿Come pescado al menos dos veces a la semana?**

[ ]  Sí [ ]  No1. **Cuando se trata de todas las porciones de productos de granos que come en un día típico, ¿cuántos son granos integrales?**

[ ] Menos de la mitad [ ] Cerca de la mitad [ ] Más de la mitad1. **¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas azucaradas por semana?**

[ ]  Sí [ ]  No1. **¿Está actualmente controlando o reduciendo su consumo de sodio o sal?**

[ ]  Sí [ ]  No1. **En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol?**

Número de días:       [ ] Ninguno1. **¿Cuántas bebidas alcohólicas consume, en promedio, durante el día que toma?**

Número de bebidas:       [ ] Ninguna1. **¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) realiza en una semana?**

Número de minutos:       [ ]  Ninguno1. **¿Usted fuma?**

Incluye cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco ahumado en cualquier forma)[ ]  Fumador actual [ ]  Dejó de fumar hace 1 a 12 meses [ ]  Dejó de fumar hace más de 12 meses [ ]  Nunca fumó1. **Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes?**
	1. Ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas:

[ ]  En absoluto [ ]  Varios días [ ]  Más de la mitad del tiempo [ ]  Casi todos los días* 1. Se ha sentido bajo de ánimo, deprimido o sin esperanza:

[ ]  En absoluto [ ]  Varios días [ ]  Más de la mitad del tiempo [ ]  Casi todos los días |