|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-01220S (03/2019) | | **STATE OF WISCONSIN**  Bureau of Community Health Promotion  Chronic 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?**         tazas   1. **¿Come pescado al menos dos veces a la semana?**   Sí  No   1. **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 mitad   1. **¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas azucaradas por semana?**   Sí  No   1. **¿Está actualmente controlando o reduciendo su consumo de sodio o sal?**   Sí  No   1. **En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol?**   Número de días:       Ninguno   1. **¿Cuántas bebidas alcohólicas consume, en promedio, durante el día que toma?**   Número de bebidas:       Ninguna   1. **¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) realiza en una semana?**   Número de minutos:        Ninguno   1. **¿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 fumó   1. **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 | | | | |