

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

12 – 17 años (12 – 17 Years)

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	Año escolar
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

		Sí Yes	No	Omitir Skip	
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Physical Activity
6	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Safety
8	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12	¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

