

**CUESTIONARIO  
“MANTÉNGASE SALUDABLE”  
Adultos de 18 años y mayores**

**Patient Stamp**

\_\_\_\_\_  
Patient Number

\_\_\_\_\_  
Plan Name/Number

*If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number*

Nombre y apellido del niño	Fecha de Nacimiento	Sexo Hombre    Mujer	Fecha	<i>For Clinical Use</i>
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño Padre/Madre    Tutor legal Pariente        Amigo        Otro			<b>Assistance needed:</b> Reading:        Yes        No Interpreter:    Yes        No
<i>El equipo médico y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta o no desea contestar, puede marcar (✓) “omita”. Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.</i>				Annual Review Date/Initials

*Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica deportes?*

Sí	No	Omita
----	----	-------

**Interventions  
Code/Date/Initials**

**Usted:**

1.	¿Recibe atención médica de alguna persona aparte de un médico, como un curandero, un yerbatero, u otros?	No	Sí	Omita
2.	¿Va al dentista por lo menos una vez al año?	Sí	No	Omita
3.	¿Toma leche o yogur o come queso por lo menos 3 veces al día?	Sí	No	Omita
4.	¿Come por lo menos 5 porciones de frutas o verduras al día?	Sí	No	Omita
5.	¿Intenta reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que come?	Sí	No	Omita
6.	¿Hace ejercicio o practica una actividad física moderada como caminar o jardinería 5 días a la semana?	Sí	No	Omita
7.	¿Cree que necesita perder o aumentar de peso?	No	Sí	Omita
8.	¿Se siente a menudo triste, deprimido o desesperado?	No	Sí	Omita
9.	¿Tiene amigos o familiares que fuman en su casa?	No	Sí	Omita
10.	¿Pasa tiempo al aire libre sin usar loción, sombrero o camisa para protegerse contra el sol?	No	Sí	Omita

*For Clinical Use*

*Intervention Codes: C: Counseling    EM: Educational Materials    R: Referral    F: Follow-up Needed    SPN: See Progress Notes*

<b><i>Sus respuestas a las preguntas sobre el uso de alcohol y drogas no se compartirán con otras personas sin su permiso por escrito.</i></b>		<b><i>For Clinical Use</i></b>		
		<b>Interventions Code/Date/Initials</b>		
11.	¿Fuma usted cigarrillos o puros, o usa otra clase de tabaco?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
12.	¿Toma usted alguna droga o medicina para dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
13.	¿Toma usted a menudo más de dos bebidas alcohólicas en un día?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
14.	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
15.	¿Cree que usted o su pareja podría tener una enfermedad transmitida sexualmente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
16.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
17.	¿En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	¿En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales sin usar un condón?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿Alguna vez le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
20.	¿Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	<b>¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con su salud?</b> (Por favor escríbala) _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita

***For Clinical Use***

***Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes***

**Declaración sobre la Privacidad**

La Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad (5 USC 552a, Subdivisión E (3)) exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.