

# Reconocimiento para todos los pacientes (de 9-18 años) durante las visitas para cuidados preventivos



En nuestro consultorio nos interesa suministrar a los pacientes el mejor cuidado posible. Incluye hablar de las maneras de mejorar la salud de su familia con todos los pacientes. Mientras Ud. espera a su proveedor, sería útil si pudiera tomar un momento co su niño/a para contestar las preguntas siguientes. Su proveedor va a repasar sus respuestas durante su visita. Entendemos la dificultad de seguir las recomendaciones para un modo de vivir saludable. Las preguntas siguientes van a ayudarnos a hablar como mejor puede comenzar hacer cambios pequeños para mejorar la salud de su familia.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

		Sí	No
<b>5</b>	Yo como frutas y vegetales cinco veces o más la mayoría de los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo me siento a cenar con la familia a lo menos 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo como la comida para llevar (comida para llevar, comida rápida, restaurantes) menos que 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Yo paso menos que 2 horas por día mirando la televisión, los videos, o jugando a los juegos en la computadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo no tengo una televisión en mi cuarto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b>	Yo participo en algún tipo de actividad física moderada para 1 hora a lo menos todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b>	Yo no tomo regularmente las bebidas de fruta, bebidas para deportistas, o gaseoa (soda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo bebo la leche descremada/ 1% en lugar de 2% o la leche entera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### FOR PHYSICIAN USE ONLY

Physician Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ BMI%: \_\_\_\_\_ FH Risk Factors: Y N

	5	2	1	0
Achieved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discussed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>