

**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 paciente	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha	For Clinical Use Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	---------------------	--	-------	---

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.

Annual Review
Date/Initials

Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica deportes?

Sí No Omita

Interventions
Code/Date/Initials

Usted: (Do You:)

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿Recibe atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero u otros?
<i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 2. ¿Va al dentista, por lo menos una vez al año?
<i>(See the dentist at least once a year?)</i> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Omita |
| 3. ¿Toma leche o yogur, o come queso, por lo menos 3 veces al día?
<i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Omita |
| 4. ¿Come frutas y verduras todos los días?
<i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Omita |
| 5. ¿Intenta reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que come?
<i>(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</i> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Omita |
| 6. ¿Hace ejercicio, o practica una actividad física moderada, como caminar o jardinería, 5 días a la semana?
<i>(Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)</i> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Omita |
| 7. ¿Cree que necesita perder o aumentar de peso?
<i>(Think you need to lose or gain weight?)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 8. ¿Se siente a menudo triste, deprimido o desesperado?
<i>(Often feel sad, down, or hopeless?)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 9. ¿Tiene amigos o familiares, que fuman en su casa?
<i>(Have friends or family members that smoke in your home?)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 10. ¿Pasa tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para protegerse contra el sol?
<i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i> | <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

Sus respuestas a las preguntas sobre el uso de alcohol y drogas no se compartirán con otras personas, sin su permiso por escrito. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)

For Clinical Use

**Interventions
Code/Date/Initials**

Usted: (Do You:)

- | | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 11. | ¿Fuma cigarrillos o puros, o usa otra clase de tabaco?
(Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 12. | ¿Toma alguna droga o medicina para dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? (Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 13. | ¿Toma a menudo más de dos bebidas alcohólicas en un día?
(Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 14. | ¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?
(Think you or your partner could be pregnant?) | <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? (Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |

Usted: (Have You:)

- | | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 16. | En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales, sin usar algún método anticonceptivo?
(Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?) | <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? (Or your partner(s) had sex with other people in the past year?) | <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?
(Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 19. | ¿Alguna vez le han forzado o presionado, a tener relaciones sexuales? (Ever been forced or pressured to have sex?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 20. | ¿Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Omita |
| 21. | ¿Tiene alguna pregunta o preocupación relacionada con su salud? (Do you have other questions or concerns about your health?)
(Por favor escríbala) (Please identify) _____

_____ | <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.