

Encuesta sobre buenos hábitos de salud

(Entre los 2 y los 18 años de edad)

Nos preocupamos por la salud y el bienestar de nuestros pacientes.

Por favor responda a las siguientes preguntas.

Nombre – Fecha – Fecha de nacimiento
(Número de registro médico)

FAMILY MEDICAL CENTER
190 Buttercup Creek Blvd.
PO Box 189
Cedar Park, TX 78630
512-336-5824

- ¿Cuántas porciones de frutas y de verduras come su hijo(a) al día?
• Para las edades entre los 2 y los 9 años, es fácil identificar una porción guiándose por el tamaño de la palma de **la mano de su niño**.
• Para las edades entre los 10 y los 18 años, es fácil identificar una porción guiándose por el tamaño de **la palma de su mano**.
Frutas _____
Verduras _____
- ¿Cuántas onzas de cada una de las siguientes bebidas bebe su hijo(a) al día?
Leche descremada _____ 100% Jugo _____ Otras bebidas endulzadas _____
Leche con 1% de grasa _____ Refrescos de fruta _____ (té endulzado, refresco de frutas, bebidas para deportistas)
Leche con 2% de grasa _____ Refrescos o sodas _____ Agua _____
Leche entera _____
- ¿Cuántas veces a la semana su hijo(a) come comida para llevar o comida rápida? _____
- ¿Cuántas veces a la semana se desayuna su hijo(a)? _____
- ¿Cuántas veces a la semana se sienta su hijo(a) a cenar en familia? _____
- ¿Cuántas horas de televisión o de películas ve su hijo(a) al día o se sienta a jugar juegos de video o juega en la computadora? _____
- ¿Su hijo(a) tiene una televisión en su habitación? _____
- ¿Su hijo(a) tiene una computadora en su habitación? _____
- ¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo(a) jugando de manera activa (un lapso de tiempo en el que su respiración y su ritmo cardíaco son más rápidos o en el que se le ve sudando)? _____
- En base a sus respuestas, ¿desearía que su hijo(a) o su familia hicieran algún o algunos cambios?

Por favor marque una o varias casillas con una x.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comer más frutas y verduras | <input type="checkbox"/> Pasar menos tiempo viendo televisión o películas y jugando juegos de video o en la computadora |
| <input type="checkbox"/> Sacar la televisión de la habitación | <input type="checkbox"/> Comer comida rápida o comida de llevar con menos frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Jugar afuera más a menudo | <input type="checkbox"/> Beber menos refrescos, jugos o refrescos de fruta |
| <input type="checkbox"/> Cambiar la leche entera por la leche descremada o por la leche con 1% de grasa | <input type="checkbox"/> Beber más agua |

¿Necesita su hijo(a) un examen para saber si tiene problemas de lípidos (colesterol, triglicéridos)?

La Academia Norteamericana de Pediatría (the American Academy of Pediatrics) recomienda que se les haga un examen de lípidos a los niños que tienen:

- | | Sí | No | Parentesco |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| • Antecedentes familiares de colesterol o triglicéridos elevados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Antecedentes familiares de enfermedades cardíacas a una edad temprana
(Por ejemplo, ataques al corazón en hombres de 55 años de edad o menores, o en mujeres de 65 años de edad o menores) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Antecedentes familiares médicos desconocidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

*El examen de lípidos también se recomienda para los niños con diabetes, presión arterial alta y para aquellos que tienen sobrepeso o son obesos.

Firma del proveedor de servicios de salud _____