



EVALUACION DE SALUD

Por favor escriba claramente (aplique presión)

BLANCO: Copia de archivo
AMARILLO: Copia del participante
ROSADO: Personal médico

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de hoy _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de teléfono durante el día _____ Número de teléfono en las tardes _____ Médico _____

¿Ha comido algo aparte de agua durante las últimas 10 horas? Sí No Oficio/empleo: _____

EDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino ESTADO CIVIL: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Uno o ambos padres murieron antes de la edad de 60 años: Sí No ¿De diabetes? Sí No

Marque con una equis (X) si usted ha recibido el diagnóstico de un médico de alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal (en los últimos 3 años) | <input type="checkbox"/> Enfermedad a la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | | |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedad a los riñones |
| <input type="checkbox"/> Bypass (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Alta presión: _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (¿año? _____) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problema de coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos _____ | <input type="checkbox"/> Problemas a la tiroide |
| | | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| | | <input type="checkbox"/> Artritis reumática |
| | | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| | | <input type="checkbox"/> Bronquitis/Enfisema |
| | | <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ |

Enumere por separado todos los medicamentos y suplementos que está tomando en el Formulario Médico. No tomo nada

<p>Por favor llene el número de porciones que usted come o bebe CADA SEMANA.</p> <p>Si hay algo que no consuma, entonces ponga "0." Por favor llene cada espacio</p> <p>Carne o mariscos _____ Aderezos de ensalada _____</p> <p>Ave o pescado _____ Mayonesa _____</p> <p>Leche entera o del 2% _____ Margarina _____</p> <p>Requesón _____ Salsas _____</p> <p>Mantequilla o crema _____ Carne de soya/Gluten _____</p> <p>Queso _____ Leche de soya _____</p> <p>Crema agria _____ Agua _____</p> <p>Nieve/helado _____ Alcohol _____</p> <p>Yogur _____ Café/Té _____</p> <p>Hígado/Órganos _____ Refrescos/sodas _____</p> <p>Chorizo/Salchichas _____ Dulces o azúcar _____</p> <p>Huevos _____ Postres dulces _____</p> <p>Frituras _____ Miel o sirope _____</p>	<p>DESCANSO Y ESTRÉS</p> <p><input type="checkbox"/> La cena es la comida más grande</p> <p><input type="checkbox"/> Come poco o nada de desayuno</p> <p><input type="checkbox"/> 6 horas/menos de sueño por noche</p> <p><input type="checkbox"/> Duerme agitado</p> <p><input type="checkbox"/> Sufre de insomnio</p> <p><input type="checkbox"/> Trabaja _____ horas/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Muy pocas vacaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Se siente bajo presión</p> <p><input type="checkbox"/> Come muy rápido</p> <p><input type="checkbox"/> Fácilmente se emociona</p> <p><input type="checkbox"/> Siente tensión muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Come entre comidas</p> <p><input type="checkbox"/> Se siente temeroso o deprimido</p>	<p>EJERCICIO (Además del trabajo diario)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeramente 2-3 días/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Moderado 3-5 días/semana</p> <p><input type="checkbox"/> Vigoroso 4-6 días/semana</p> <p>RESPIRACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> No fuma</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-fumador (¿año? _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador:</p> <p>Años fumando: _____</p> <p>No. diario de cigarrillos: _____</p> <p>Cuántas veces ha intentado dejar de fumar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vive con un fumador</p> <p><input type="checkbox"/> Asma, alergia</p> <p><input type="checkbox"/> Tose con flema o alquitrán de cigarrillo</p>
--	--	--

SÓLO PARA USO OFICIAL

Estatura _____ Peso _____

Contextura: Pequeña Mediana Grande

Peso ideal _____

Presión Sanguínea _____ / _____ mmHg

Pulso _____ por minuto

RESULTADOS del examen

_____ Glucosa, en ayunas

_____ Colesterol total

_____ Colesterol LDL

_____ Colesterol HDL

_____ Triglicéridos

_____ Proporción de colesterol

RECOMENDACIÓN PARA MEJORAR SU SALUD BASADO EN EL EXAMEN Y SU HISTORIAL DE SALUD

Aumente la cantidad diaria de agua a 8-10 vasos

Pierda/suba peso _____

Evite el consumo de colesterol (carnes, chorizo, ave, pescado, yemas de huevo, hígado, helado, queso)

Aumente el ejercicio aeróbico/caminar

Sustituya los alimentos procesados y refinados con frutas, vegetales, papas

Aumente los productos integrales (panes, cereales cocidos, arroz integral, etc.)

Reduzca o elimine la sal

Reduzca todas las grasas

Reduzca el azúcar refinada

Deje de fumar

Reduzca o elimine la cafeína

Aumente el descanso

y la relajación

Haga el desayuno la comida principal

PROGRAMA RECOMENDADO

Control del peso

Control del estrés

Dejar de fumar

Plan de comidas bajas en colesterol

Cocinar con poca sal

Programa de ejercicio o caminar

COLESTEROL

Ideal Elevado

Alto Muy alto

Peligrosamente alto

Peligrosamente alto

TRIGLICÉRIDOS

Ideal Elevado

Alto Peligroso

LDL

Ideal Elevado

Alto Muy alto

Peligrosamente alto

Peligrosamente alto