

Nombre:	
Fecha:	



¿Alguien en su familia tiene alguno de los siguientes?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si
High blood pressure	<input type="checkbox"/> Si
Overweight	<input type="checkbox"/> Si
Heart Disease (<i>heart attack, stroke, high cholesterol</i>)	<input type="checkbox"/> Si

¿Cuántas de las siguientes opciones de estilo de vida optan usted o su hijo?

Marque con un círculo el número que mejor describe las elecciones del estilo de vida del paciente					
Porciones por día de frutas y verduras	1	2	3	4	5+
Horas de tiempo en la pantalla por día: televisión, videojuegos, computadora o teléfono	0	1	2	3	4+
Horas por día de juego o ejercicio hasta el punto de respiración fuerte	0	.5	1	2	3+
Días de estar activos juntos como familiar por semana	0	1	2	3	4+
Vasos (1 oz.) de bebidas azucaradas (jugos, refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas, leche de sabor, limonada, Kool-aid, té dulce/café) al día	0	1	2	3	4+
Comidas juntos como familia en la mesa por semana	0-1	2	3	4	5+
Días que desayuna por semana	0-1	2	3	4	5+
Horas que duerme cada noche	≤6	7	8	9	10+

¿Cuál es la ÚNICA cosa que le gustaría cambiar o ayudar a su niño a cambiar ahora?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comer más frutas y verduras | <input type="checkbox"/> Comer menos comida rápida/para llevar | <input type="checkbox"/> Jugar afuera más |
| <input type="checkbox"/> Tomar menos bebidas azucaradas | <input type="checkbox"/> Desayunar todos los días | <input type="checkbox"/> Comer juntos en familia más |
| <input type="checkbox"/> Cambiar a leche baja en grasa o sin grasa | <input type="checkbox"/> Pasar menos tiempo frente de una pantalla | <input type="checkbox"/> Ser activos como familia más |
| <input type="checkbox"/> Tomar más agua | <input type="checkbox"/> Comer porciones más pequeñas | <input type="checkbox"/> Dormir más horas por la noche |
| <input type="checkbox"/> Sacar el televisor y/o computadora de la habitación | | |



SU META PERSONAL DE SALUD: _____

HAREMOS UN SEGUIMIENTO DE SU PROGRESO EN _____ SEMANAS.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del clínico: _____ Fecha: _____

