



# Evaluación de salud Compass™



## Bienvenido a su evaluación de salud Compass

Todas las personas comienzan el camino hacia una salud mejor desde un lugar diferente. Descubra dónde se encuentra usted ahora al completar su cuestionario.



### **RESPONDA**

Dedique menos de 15 minutos para responder estas preguntas.

Envíe por correo postal su cuestionario



### **DESCUBRA**

Reciba un informe de salud personal creado especialmente para usted.



### **PARTICIPE**

Elija sus “próximos pasos” para sentirse y verse mejor ahora mismo. (¡Sí, incluso con su ocupada agenda!)

Acerca de usted

**Por favor complete TODOS los campos a continuación.**

Compañía/organización: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

*Por favor provéanos su número de teléfono y correo electrónico en caso de que tengamos que comunicarnos con usted.*

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Usted debe completar TODAS las preguntas (excepto donde se indique) para obtener crédito por la actividad y para que nosotros procesemos su informe personalizado.**

Ayúdenos a indicarle cuál es la dirección correcta para usted.

Por favor, proporcione la siguiente información, de modo que podamos brindarle los resultados más precisos y personalizados posibles.

**1** ¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Inglés            | <input type="radio"/> Mandarín  | <input type="radio"/> Tagalogo   |
| <input type="radio"/> Cantonés          | <input type="radio"/> Polaco    | <input type="radio"/> Vietnamita |
| <input type="radio"/> Criollo (Francés) | <input type="radio"/> Portugués | <input type="radio"/> Otro       |
| <input type="radio"/> Francés           | <input type="radio"/> Ruso      |                                  |
| <input type="radio"/> Japonés           | <input type="radio"/> Español   |                                  |

**2** ¿Cuál de las siguientes describe mejor su raza u origen étnico?

Puede seleccionar más de una.

- Hispano o latino
- Negro/Afroamericano
- Blanco/Caucásico
- Asiático
- Isleño del pacífico/Nativo de Hawaii
- Indio nativo americano/Nativo de Alaska
- Otro
- Prefiero no responder.

**¿Por qué preguntamos esto?**

Su origen étnico no es simplemente una parte de su identidad. Es parte de sus características genéticas, y es un indicador de salud importante. Nos ayuda a identificar riesgos mayores para ciertas enfermedades y afecciones. Puede ayudarle a tomar un rol activo respecto de su salud.

**3** **Mujeres:** ¿Está embarazada en este momento?

- Sí
- No

**¿Por qué preguntamos esto?**

Si está o no está embarazada influye sobre cuáles recomendaciones de salud son correctas para usted. Tenga en cuenta que el reporte no aborda las necesidades específicas de una persona embarazada. Por favor, consulte con su médico antes de tomar cambios en su rutina.

## Comidas y bebidas

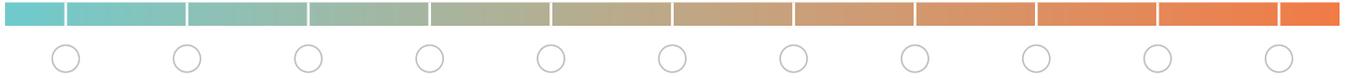
Nadie come o bebe lo mismo todos los días, por supuesto. Simplemente responda las siguientes preguntas basándose en qué es lo más común para usted.

**4** ¿Generalmente come alimentos bajos en grasas/con grasas saludables o con alto contenido de grasas?

Alimentos bajos en grasas/  
con grasas saludables  
todo el tiempo

Mitad y mitad

Alimentos altos en grasas  
todo el tiempo



### ALIMENTOS BAJOS EN GRASAS/CON GRASAS SALUDABLES

Aceite de oliva, aguacate, nueces  
Lácteos descremados y bajos en grasas  
Carnes magras, aves sin piel, pescado  
Pasta, arroz, frijoles, cereales integrales



### ALIMENTOS ALTOS EN GRASAS

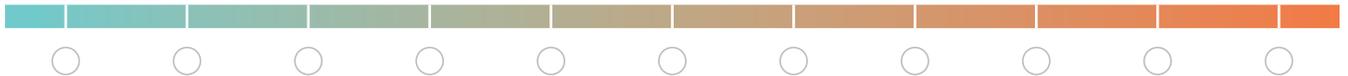
Lácteos enteros  
Embutidos, tocino, salchichas, perritos calientes  
Pizza, hamburguesas, bistec, comidas fritas  
Productos de pastelería, galletitas, leche  
chocolatada, torta o pastel

**5** ¿Generalmente elige alimentos con un contenido de fibras bajo o alto?

Alimentos con bajo  
contenido de fibra  
todo el tiempo

Mitad y mitad

Alimentos con alto  
contenido de fibra  
todo el tiempo



### ALIMENTOS CON BAJO CONTENIDO DE FIBRA

Pan blanco, galletitas y rosquillas de pan  
Arroz y tortillas blancos  
Pasta común, fideos de arroz y de huevo  
Carne, productos lácteos



### ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE FIBRA

Pan, tortillas y arroz integrales  
Avena y otros cereales integrales  
guisantes partidos, lentejas, frijoles, nueces  
Frutas, verduras

**6** ¿Generalmente elige alimentos con un contenido de sal bajo o alto?

Alimentos con bajo contenido de sal todo el tiempo Mitad y mitad Alimentos con alto contenido de sal todo el tiempo



**ALIMENTOS CON BAJO CONTENIDO DE SAL**  
Carne y pescado frescos  
Leche, yogur, huevos, queso con bajo contenido de sodio  
Frutas y verduras frescas  
Sopas y caldos con bajo contenido de sodio  
Arroz, pasta, palomitas de maíz y papas fritas sin sal



**ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SAL**  
Queso, carne procesada, pescado ahumado  
Verduras enlatadas, sopas y caldos enlatados  
Comidas congeladas, envasadas y comidas rápidas  
Condimentos (aderezos, ketchup)  
Bocadillos (papas fritas, pretzels)

**7** ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume en un día normal?

0 1 2 3 4 5 6 7+

Una porción de frutas verduras equivale a:

  
½ taza (118 gramos) de frutillas frescas

  
1 banana grande

  
1 manzana pequeña

  
½ taza (118 mL) de jugo de fruta

  
1 taza (237 gramos) de verduras de hoja verde

  
½ taza (118 gramos) de mini-zanahorias

  
½ taza (118 gramos) de floretes de brócoli

**8** ¿Cuántos y qué tipos de bocadillos consume durante un día normal?

Algunas personas comen más de tres comidas por día. Eso puede ser una opción saludable. Ya sea que las considere bocadillos o pequeñas comidas, reflexione acerca de sus hábitos alimentarios entre comidas.

**Bocadillos saludables** 0 1 2 3+

**BOCADILLOS SALUDABLES**  
Galletitas integrales, nueces y semillas  
Frutas y verduras frescas  
Yogur descremado y con baja cantidad de azúcar  
Palomitas de maíz sin sal y sin mantequilla



**Bocadillos no saludables** 0 1 2 3+

**BOCADILLOS NO SALUDABLES**  
Papas fritas de paquete, palomitas de maíz con mantequilla, papas fritas  
Bocadillos congelados (productos de pastelería, pizza en rollitos)  
Galletitas, rosquillas dulces, golosinas  
Barras de cereales con azúcar



9 ¿Cuán seguido toma una bebida con alcohol?



- Nunca (Saltar al n.º 12)
- Una vez por mes o menos
- 2 a 4 veces por mes
- 2 a 4 veces por semana
- 4 o más veces por semana

Para estas preguntas, considere los días en los que toma una bebida con alcohol.

Recuerde que una bebida equivale a:

		
5 onzas (148 mL) de vino	12 onzas (355 mL) de cerveza	1,5 onzas (44 mL) de una bebida alcohólica con un 40% de alcohol

10 ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día normal en el que bebe alcohol?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 o 9
- 10 o más

11 ¿Cuán a menudo bebe seis o más bebidas en una ocasión?

- Nunca
- Una vez por semana
- Menos de una vez por mes
- A diario o casi todos los días
- Una vez por mes

## Actividad física

Las siguientes preguntas son acerca de cuánto se mueve. Eso incluye el ejercicio, además de otros movimientos que son parte de su día. Nadie se mueve por igual todos los días. Simplemente responda basándose en qué es lo más común para usted.

**12** ¿Cómo pasa su tiempo en un día normal?

- Estoy sentado la mayor parte del día
- Estoy parado la mayor parte del día
- Me muevo la mayor parte del día (**Saltar al n.º 14**)



**13** ¿Cuán a menudo hace una pausa para caminar, estirarse, pasear o moverse de alguna otra manera por al menos 5 minutos en un día normal?

- Casi nunca, estoy sentado todo el día
- Una vez cada tanto, aproximadamente 2 veces al día
- A veces, cada unas horas
- Con frecuencia, aproximadamente todas las horas



**14** ¿Qué cantidad de actividad física intensa incluye en una semana normal?

No es necesario ser exacto. Cuente todo lo que haga durante 10 minutos o más. Y recuerde que las actividades físicas intensas hacen que respire fuerte y que por eso sea difícil hablar.

*Total de actividad física intensa lunes a viernes*

- |                                  |                                  |                               |                                 |                                 |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguna    | <input type="radio"/> 15 minutos | <input type="radio"/> 1 hora  | <input type="radio"/> 2.5 horas | <input type="radio"/> 4 horas   |
| <input type="radio"/> 30 minutos | <input type="radio"/> 45 minutos | <input type="radio"/> 2 horas | <input type="radio"/> 3 horas   | <input type="radio"/> 4.5 horas |
| <input type="radio"/> 1 hora     | <input type="radio"/> 1.5 hora   | <input type="radio"/> 2 horas | <input type="radio"/> 3.5 horas | <input type="radio"/> 5+ horas  |

*Total de actividad física intensa sábado y domingo*

- |                                  |                                  |                               |                                 |                                 |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguna    | <input type="radio"/> 15 minutos | <input type="radio"/> 1 hora  | <input type="radio"/> 2.5 horas | <input type="radio"/> 4 horas   |
| <input type="radio"/> 30 minutos | <input type="radio"/> 45 minutos | <input type="radio"/> 2 horas | <input type="radio"/> 3 horas   | <input type="radio"/> 4.5 horas |
| <input type="radio"/> 1 hora     | <input type="radio"/> 1.5 hora   | <input type="radio"/> 2 horas | <input type="radio"/> 3.5 horas | <input type="radio"/> 5+ horas  |



Marcha atlética, trotar o correr, nadar vueltas, tenis (simples), danza aeróbica, andar en bicicleta 10 millas por hora o más rápido, saltar a la cuerda, jardinería pesada (cavar con pala o con azadón en forma continua), ir de senderismo cuesta arriba o con una mochila pesada.

**15** ¿Qué cantidad de actividad física moderada incluye en una semana normal?

No es necesario ser exacto. Cuente todo lo que haga durante 10 minutos o más. Y recuerde que la actividad física moderada hace que respire más rápido, pero no se queda sin aliento.

*Total de actividad moderada de lunes a viernes*

- |                                  |                                |                                 |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguna    |                                |                                 |                                 |
| <input type="radio"/> 15 minutos | <input type="radio"/> 1 hora   | <input type="radio"/> 2.5 horas | <input type="radio"/> 4 horas   |
| <input type="radio"/> 30 minutos | <input type="radio"/> 1.5 hora | <input type="radio"/> 3 horas   | <input type="radio"/> 4.5 horas |
| <input type="radio"/> 45 minutos | <input type="radio"/> 2 horas  | <input type="radio"/> 3.5 horas | <input type="radio"/> 5+ horas  |



Jardinería o barrer hojas, jugar al béisbol, baloncesto o fútbol americano a toque, apalea nieve, lavar y encerar un automóvil, subir escaleras, llevar o trasladar cargas moderadamente pesadas, caminatas rápidas.

*Total de actividad moderada sábado y domingo*

- |                                  |                                |                                 |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguna    |                                |                                 |                                 |
| <input type="radio"/> 15 minutos | <input type="radio"/> 1 hora   | <input type="radio"/> 2.5 horas | <input type="radio"/> 4 horas   |
| <input type="radio"/> 30 minutos | <input type="radio"/> 1.5 hora | <input type="radio"/> 3 horas   | <input type="radio"/> 4.5 horas |
| <input type="radio"/> 45 minutos | <input type="radio"/> 2 horas  | <input type="radio"/> 3.5 horas | <input type="radio"/> 5+ horas  |

**16** ¿Cuán a menudo realiza ejercicios de fuerza que ponen a prueba todos sus grupos de músculos principales?

Pesas, mancuernas, bandas de resistencia, yoga y ejercicios con el peso del cuerpo como flexiones de pecho, todos cuentan para el fortalecimiento de sus músculos. Una rutina de fuerza completa incluye piernas, caderas, abdomen, pecho, hombros y brazos.



Menos de una vez por semana

1 día a la semana

2 o más días por semana

## El tabaco, la nicotina y usted

No es necesario que nadie le cuente que el tabaco puede tener un gran impacto en su salud. Examinemos si su consumo de tabaco, o el de cualquier otra persona, juega un papel en su vida.

### 17 ¿Consume productos de tabaco o cigarrillos electrónicos?

- No, nunca he consumido tabaco o cigarrillos electrónicos (o he consumido el equivalente a menos de 100 cigarrillos). **(Saltar al n.º 19)**
- Consumí tabaco o cigarrillos electrónicos, pero dejé con éxito en los últimos 10 años. **(Saltar al n.º 19)**
- Consumí tabaco o cigarrillos electrónicos, pero dejé de hacerlo con éxito hace más de 10 años. **(Saltar al n.º 19)**
- Estoy embarazada y he dejado de fumar durante mi embarazo. **(Saltar al n.º 19)**
- Sí, consumo tabaco o cigarrillos electrónicos.



### 18 ¿Qué tipo de productos de tabaco o nicotina consume?

Si usa más de uno, elija el producto que usa más.

- Cigarrillos
- Tabaco sin humo
- Cigarros
- Pipa
- Cigarrillos electrónicos
- Otro

### 19 En una semana normal, ¿cuánto está expuesto al humo de tabaco de otras personas en su hogar, trabajo, en lugares públicos, o en automóviles?



Nunca



Casi nunca



Con frecuencia



Casi siempre



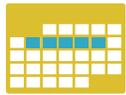
Siempre



## La energía y usted

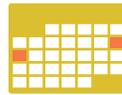
¿Qué cosas lo motivan a continuar? Todas las siguientes preguntas se tratan de su energía: cuán descansado se siente, cómo responde al estrés, y cómo renueva sus relaciones.

**20** ¿Cuántas horas duerme en una noche normal (o cuando duerme, en caso de trabajos con horario rotativo)?



*Mi sueño en un día de semana normal:*

- Menos de 6 horas
- 6 a 7 horas
- 7 a 9 horas
- Más de 9 horas



*Mi sueño en una noche de fin de semana normal:*

- Menos de 6 horas
- 6 a 7 horas
- 7 a 9 horas
- Más de 9 horas



**21** ¿Qué cosas provocan estrés en su vida? Puede elegir más de una opción.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> El dinero                                   | <input type="radio"/> Responsabilidades familiares       | <input type="radio"/> Estabilidad laboral       |
| <input type="radio"/> La economía                                 | <input type="radio"/> Costos de la vivienda              | <input type="radio"/> Seguridad personal        |
| <input type="radio"/> El trabajo                                  | <input type="radio"/> Las relaciones                     | <input type="radio"/> Otro                      |
| <input type="radio"/> Problemas de salud que afectan a mi familia | <input type="radio"/> Preocupaciones personales de salud | <input type="radio"/> Ninguna de las anteriores |

**22** Califique su estrés y su capacidad para manejarlo durante el último mes. Marque uno de los círculos en la siguiente escala para indicar su nivel de estrés.

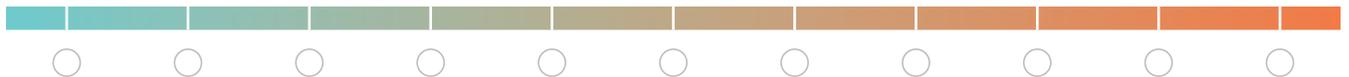


Sin estrés

Mi nivel de estrés



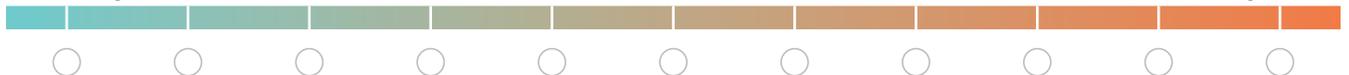
Estrés extremo



Mi capacidad para manejarlo

Lo manejo bien

No lo manejo bien



**23** ¿Cómo calificaría su nivel de energía diario?



Agotado



Pierdo energía rápidamente



Tengo algo de energía



Energía plena

**24** Durante las últimas 2 semanas, ¿cuán a menudo le causaron molestias los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer cosas:

- Nunca       Varios días       Más de la mitad de los días       Casi todos los días

Se siente decaído, deprimido o sin esperanzas:

- Nunca       Varios días       Más de la mitad de los días       Casi todos los días

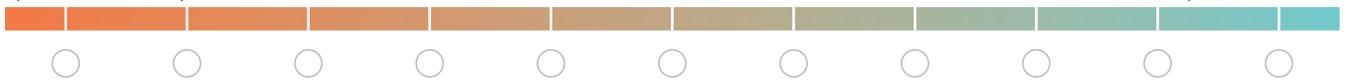
**25** Piense en las personas en su vida, como su familia, amigos y vecinos. ¿Cuán conectado se siente con ellos?



Me siento solo la mayor parte del tiempo

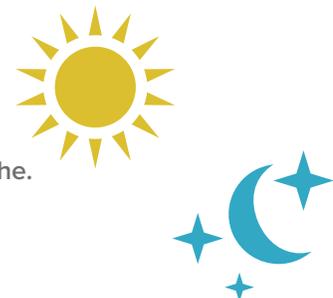


Tengo el apoyo que necesito

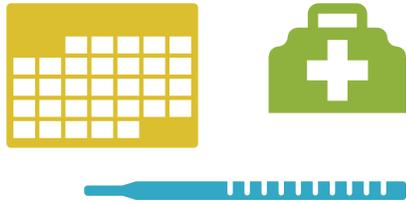


**26** Describa su itinerario laboral habitual:

- Trabajo durante el día.  
 Trabajo durante el turno de noche.  
 Trabajo por turnos que varían, a veces durante el día y a veces por la noche.  
 Esto no me corresponde. (Saltar al n.º 30)

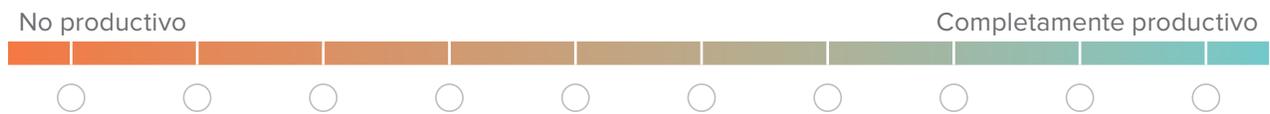


27 ¿Cuántas veces en el último mes, el sentirse enfermo le impidió ir al trabajo?



- Ninguna
- 1 día
- 2 a 4 días
- 5 a 7 días
- Más de 7 días

28 ¿Cuán productivo ha estado en su trabajo durante el último mes?



29 ¿Cuán amigable con la salud es su empresa?



- Promueve activamente la salud de los empleados
- Tiene algunas iniciativas para la salud de los empleados
- Es neutral respecto a la salud de los empleados
- No está enfocada en la salud de los empleados
- No está enfocada en la salud de los empleados y tiene prácticas laborales que pueden ser perjudiciales para la salud de los empleados

## Su cuerpo y usted

Sea cual sea la dirección hacia dónde se dirige, es importante estar preparado para el camino. En las siguientes preguntas, examinaremos su salud en general: sus números, si está al día con sus exámenes preventivos y qué pasos toma para mantenerse seguro.

30 Altura

Pies   Pulgadas

31 Peso

Libras

32 ¿Conoce la circunferencia de su cintura o puede medirla ahora?

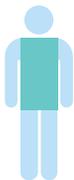
(Pase a la pregunta 33 si está embarazada o no puede medir su cintura en este momento)

La circunferencia de mi cintura    Pulgadas



**Cómo medirse la cintura.** Use una cinta métrica flexible. Encuentre el punto más alto sobre los huesos de la cadera y mida alrededor de su cuerpo justo sobre esos puntos.

33 **Hombres:** ¿Cuál de las siguientes representa la forma de su cuerpo?



Tubo



Manzana



Triángulo



Cuadrado

**Mujeres:** ¿Cuál de las siguientes representa la forma de su cuerpo (cuando no está embarazada)?



Lápiz



Manzana



Pera



Reloj de arena

**34** Actualice o confirme sus valores más recientes.

Estos valores se miden con un análisis de sangre. Si usted no sabe la fecha exacta del análisis de sangre, anote el mes, día, y año que estima a base de su memoria. Recordar el año es lo más importante.

El colesterol total es una medida de todas las grasas que circulan en la sangre. Por sí sólo, este número no es una medida significativa del riesgo de enfermedad cardíaca.

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

El colesterol HDL también es conocido como el colesterol bueno porque se asocia con la salud del corazón. Un nivel en ayunas de 60 o más es ideal.

--	--	--

mg/dL

El colesterol LDL es también conocido como colesterol malo porque es un conocido factor de riesgo para enfermedades del corazón. Un nivel en ayunas de menos de 70 es óptimo.

--	--	--

mg/dL

Colesterol que no es HDL es la cantidad total de todos los tipos de colesterol malo en la sangre. Un número más alto indica un mayor riesgo de enfermedades del corazón. Un nivel en ayunas de menos de 100 es ideal.

--	--	--

mg/dL

Los triglicéridos son un tipo de grasa que se encuentra en la sangre. En algunas personas, muy altos niveles se asocian con enfermedades del corazón. Un nivel en ayunas de menos de 150 se considera normal.

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Glucosa en sangre elevada puede ser un signo de la diabetes. Un nivel en ayunas de glucosa de menos de 100 es normal, 100 a 125 indica pre-diabetes, y 126 para arriba indica diabetes.

--	--	--

mg/dL

La prueba A1C para la diabetes refleja el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos 2 a 3 meses. Un nivel entre 5.7 y 6.4 por ciento indica pre-diabetes; un nivel de 6.5 por ciento y para arriba indica diabetes.

				.		%
--	--	--	--	---	--	---

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**35** Actualice su lectura de presión arterial más reciente.

Esta pregunta es opcional. Si no sabe su presión arterial, de todos modos puede continuar su cuestionario, pero su informe personalizado no reflejará esta información, y no podríamos calcular su puntuación de riesgo cardiovascular.

**Sistólica (número mayor):** mide la presión en las arterias durante latidos del corazón. 140 y para arriba indica la presión arterial alta (150 y para arriba si tiene 60 años o más).

**Diastólica (número menor):** mide la presión en las arterias entre los latidos del corazón. 90 y para arriba indica la presión arterial alta.

--	--	--

--	--	--

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

---

## Cuéntenos cómo se mantiene seguro.

---

**36** Esto es lo que *hago* para mantenerme seguro:

Marque todas las que le apliquen a usted.

- Me ajusto el cinturón de seguridad en un automóvil.
- Uso un casco cuando ando en una bicicleta o motocicleta; o no ando en bicicleta o motocicleta.
- Uso protector solar cuando estoy afuera en el sol por más de 30 minutos y no uso camas solares.
- Prefiero no responder estas preguntas.



**37** Esto es lo que *evito hacer* para mantenerme seguro:

Marque todas las que le apliquen a usted.

- No mando mensajes de texto, no hablo por teléfono ni uso ningún otro dispositivo portátil mientras estoy conduciendo; o no conduzco.
- Nunca conduzco después de beber más de dos bebidas alcohólicas y no voy en un automóvil con un conductor que ha estado bebiendo.
- No uso drogas.
- Prefiero no responder estas preguntas.



**38** ¿Se ha vacunado contra la gripe en el último año?

Los expertos de salud recomiendan que todos los adultos reciban la vacuna anual contra la gripe. Puede evitar tantos problemas, desde sentirse mal a faltar al trabajo y actividades. Y puede protegerle contra las complicaciones relacionadas con la gripe si usted tiene una condición que le pone a mayor riesgo.

- Sí
- No

**39** ¿Ha recibido la vacuna contra tétanos-difteria en los últimos diez años?

El tétanos y la difteria son infecciones bacterianas que ponen en riesgo la vida y que pueden prevenirse fácilmente con una vacuna. Los adultos necesitan una vacuna de refuerzo cada 10 años para protegerse. Adultos que nunca han recibido vacunas de tétanos o difteria deberían recibir una vacuna “Tdap”, la que inmuniza contra el tétanos, difteria, y la tos ferina (pertussis).

- Sí
- No
- No estoy seguro

**40** ¿Alguna vez recibió la vacuna contra el virus Zoster (herpes)?  
La vacuna disminuye significativamente la posibilidad de contraer esta dolorosa enfermedad.  
La vacuna se recomienda para todos los adultos de 60 años o más.

Sí  No

---

**41** **Mujeres:** ¿Se ha realizado un exámen Papanicolaou en los últimos tres años?  
Este análisis detecta el cáncer del útero. Los médicos recomiendan que las mujeres adultas se realicen este análisis cada 3 años a partir de los 21 años. Este análisis no es necesario si le han realizado una histerectomía con la extracción del cuello del útero y no ha tenido cáncer de útero. Las mujeres de 65 años o más que tienen un riesgo bajo tampoco necesitan este análisis.

Sí  No  No corresponde

---

**42** **Mujeres:** ¿Se ha realizado una mamografía en los últimos 2 años?  
El Grupo de trabajo de servicios preventivos de los EE. UU. recomienda una mamografía cada 2 años para las mujeres entre 50 y 74 años. Otras respetadas organizaciones de salud recomiendan realizar exámenes antes y con más frecuencia. Hable con su médico sobre el cronograma óptimo para sus antecedentes y sus necesidades.

Las mujeres que se han realizado una mastectomía podrían no necesitar una mamografía. Hable de esto con su médico si no está segura.

Sí  No  No corresponde

---

**43** **Mujeres:** ¿Se ha vacunado contra el VPH?  
Aunque la mayoría de los tipos de virus del papiloma humano (VPH) son inofensivos, algunos producen verrugas genitales, ciertos tipos de cáncer y otras afecciones.  
Los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) recomiendan que las mujeres entre 12 y 27 años reciban las tres vacunas de la serie contra el VPH. Hable con su médico acerca de si esto es adecuado para usted.

Sí  No

---

**44** **Hombres: ¿Se ha vacunado contra el VPH?**

Aunque la mayoría de los tipos de virus del papiloma humano (VPH) son inofensivos, algunos producen verrugas genitales y ciertos tipos de cáncer.

Los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) recomiendan que los varones entre 11 y 22 años reciban las tres vacunas contra el VPH. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, se recomienda para otros hombres hasta los 27 años. Hable con su médico.

Sí  No

---

**45** **¿Se ha realizado un análisis de hepatitis C?**

El factor de riesgo más importante para la hepatitis C es el uso anterior o actual de drogas inyectables. Pero existen otros factores de riesgo, que incluyen hemodiálisis durante mucho tiempo, consumo de drogas intranasales, la realización de un tatuaje en un lugar no regulado, haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992 y la realización de una cirugía antes de la implementación de las precauciones universales.

Todas las personas nacidas entre 1945 y 1965, además de otras personas con alto riesgo se deben realizar el análisis. Hable con su médico.

Sí  No

---

**46** **¿Alguna vez le han realizado un examen de detección de cáncer?**

El Grupo de trabajo de servicios preventivos de los EE. UU. recomienda una de tres estrategias para la detección de cáncer de colon. Elija “sí” si está al día con cualquiera de las siguientes:

**Colonoscopia:** cada 10 años a partir de los 50 hasta los 75 (a partir de los 45 para afroamericanos, indúes y nativos de Alaska, que tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de colon).

**Sigmoidoscopia:** Cada 5 años con análisis de sangre oculta en heces de alta sensibilidad cada 3 años.

**Análisis de sangre oculta en heces de alta sensibilidad:** todos los años.

Sí  No

---

47

¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes condiciones de salud?  
Marque solo aquellas condiciones que todavía padece. Esta pregunta es opcional.

*Afecciones cardiovasculares*

- Enfermedad de las arterias coronarias
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipertensión (presión arterial alta)
- Hiperlipidemia (colesterol alto)
- Apoplejía
- Ninguno de estas condiciones
  
- Prefiero no responder.

*Condiciones de salud de la conducta*

- Ansiedad
- Depresión
- Ninguno de estas condiciones
  
- Prefiero no responder.

*Condiciones pulmonares*

- Asma
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Ninguno de estas condiciones
  
- Prefiero no responder.

*Diabetes*

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- No estoy seguro de qué tipo tengo
- No tengo diabetes tipo 1 ni diabetes tipo 2
  
- Prefiero no responder.

*Artritis*

- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- No estoy seguro de qué tipo tengo
- No tengo ningún tipo de artritis
  
- Prefiero no responder.

*Cáncer*

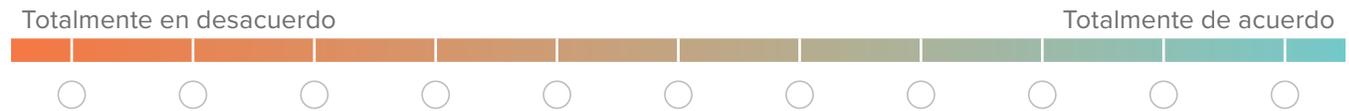
- Sí, actualmente tengo cáncer (No incluya cáncer de piel)
- He tenido cáncer y actualmente ya no tengo
- Nunca he tenido cáncer
  
- Prefiero no responder

*Otro*

- Dolores de cabeza crónicos, como migrañas
- Trastorno de la espalda o columna
- Una discapacidad física que limita mi capacidad de hacer ejercicios
- Insuficiencia auditiva que requiere un dispositivo de ayuda para la audición
- Problemas de visión que requieren materiales de lectura especiales
- Otras condiciones no mencionadas
- Ninguna de estas condiciones
  
- Prefiero no responder.

**48** Si indicó tener una de las condiciones de salud en la pregunta 47, responda la siguiente declaración. De lo contrario, pase a la pregunta 51.

Estoy siguiendo los pasos que mi médico recomienda para evitar problemas causados por mi(s) condicion(es) de salud.



**49** Si indicó tener una de las condiciones de salud en la pregunta 47, ¿toma algún medicamento para su(s) condicion(es) de salud indicada(s)? De lo contrario, pase a la 51.

Seleccione todos los que correspondan.

- Tomo medicamento(s) recetado(s).
- Tomo medicamento(s) de venta libre.
- Tomo suplementos y vitaminas.

**50** Si toma medicamentos para una de las condiciones de salud en la pregunta 47, ¿cuántos días a la semana toma su medicamento según las indicaciones de su(s) médico(s)?

- No tomo una medicación diaria.
- Menos de 4 veces por semana.
- 4 a 5 días a la semana.
- 6 días a la semana.
- Todos los días.



**51** ¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la pulmonía (vacuna neumocócica)? Si tiene 65 años o más o si tiene ciertas condiciones de salud, tiene un mayor riesgo y debe recibir esta vacuna.

- Sí
- No

52

¿Ha tenido dolor en estas áreas durante el último mes?

Si es así, indique dónde:

- Ningún dolor en estas áreas. (Saltar al n.º 54)
- Prefiero no responder.

	Ningún dolor							Dolor extremo			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Califique el nivel de dolor de sus dolores de <b>cabeza</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en el <b>cuello</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en el <b>hombro</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en la <b>región lumbar</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en la <b>muñeca y/o mano</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en la <b>cadera</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en la <b>rodilla</b> :	<input type="radio"/>										
Califique el dolor que siente en el <b>pie</b> :	<input type="radio"/>										

53

¿De qué manera ha afectado su vida el dolor que se ha sentido en el último mes?

- Casi no puedo soportarlo: El dolor hace mi vida muy difícil.
- Puedo soportarlo: Algunos días son mejores que otros.
- Puedo soportarlo bastante bien: Me gustaría que fuese mejor.
- Lo soporto bien: Es parte de mi vida y le hago frente.



**54** Haga una reseña de su salud.

En general, ¿cómo calificaría su salud en comparación con otras personas de su edad?

				
<b>Mal</b> La mayoría de mis días son malos.	<b>Aceptable</b> Tengo días buenos y días malos.	<b>Bien</b> Me siento bien.	<b>Muy bien</b> ¡Estoy bastante bien!	<b>Excelente</b> ¡me siento fantástico!
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**55** ¿Está listo para dar pasos saludables?

Califique cuán confiado se siente de que puede hacer lo necesario para mejorar o mantener sus buenos hábitos. Un “1” significa que no se siente muy confiado y un “5” significa que se siente muy confiado.

	<b>Haga ejercicio</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>		<b>No consuma tabaco</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
	<b>Coma más saludablemente</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>		<b>Duerma bien</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
	<b>Baje de peso</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>		<b>Mantenga una espalda saludable</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					
	<b>Estrésese menos</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>																	
1	2	3	4	5																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																					

