

### Encuesta para Adolescentes

Los padres pueden ayudar a contestar preguntas de ser necesario.

Esta encuesta está diseñada para ayudarnos a evaluar los hábitos y estilos de vida de nuestros pacientes pediátricos y sus familias.

PLACE LABEL HERE

¿Tiene algunos de sus familiares cercanos (madre, padre, hermanos/as, abuelos, tíos/as) historia de:						No sé	No	Sí
1. Colesterol alto?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedades del corazón?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Presión alta?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sobrepeso u obesidad?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Depresión?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántos vasos de bebidas endulzadas (tales como: gaseosas/sodas, Kool-Aid, té dulce, bebidas deportivas) toma usted al día? (8 onzas = 1 vaso)							<b>Vasos</b>	
8. ¿Cuántos vasos de jugo de frutas toma usted al día? (8 onzas = 1 vaso)							<b>Vasos</b>	
9. La cantidad de comida que como a la hora de las comidas es:					<b>Menos que lo que come un adulto</b>	<b>Igual a lo que come un adulto</b>	<b>Más que lo que come un adulto</b>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Repite usted platos cuando está comiendo o después de haber terminado de comer?					<b>No sé</b>	<b>No</b>	<b>SÍ</b>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿Más o menos cuántas veces por semana come usted comidas rápidas? (como hamburguesas, papitas fritas, pollo frito, o pizza)	<b>No sé</b>	<b>Nunca</b>	<b>Menos de 1 vez por semana</b>	<b>1-2 veces por semana</b>	<b>Más de 2 veces por semana</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
12. ¿Come usted en secreto?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Ha sentido usted durante los últimos 30 días que no puede controlar lo que come o que no puede controlar cuánto come?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. En los últimos 30 días, ¿se ha provocado usted el vómito o alguna enfermedad después de comer una cantidad realmente grande de comida para no engordarse?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	No sé	Nunca	Menos de 2 horas por día	Menos de 2 horas por día	Más de 4 horas por día
15. Durante un día de semana típico (lunes - viernes), ¿cómo cuántas horas de televisión, películas, juegos de computadora o video juegos mira/juega usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Durante un sábado o domingo típico, ¿cómo cuántas horas de televisión, películas, juegos de computadora o video juegos mira/juega usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Cómo cuántos días por semana hace usted ejercicio físico (como correr, montar en bicicleta, jugar deportes, juegos activos, por lo menos 20-30 minutos.)?	No sé	6-7 días por semana	4-5 días por semana	2-3 días por semana	0-1 días por semana
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estoy muy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo	
18. Me gusta como soy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. A los demás le gusta estar conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>En las 2 últimas semanas, he sentido:</b>	<b>Muy poco o para nada</b>	<b>Muchos días</b>	<b>Más de 7 días</b>	<b>Casi todos los días</b>	
20. Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Sentimientos de tristeza, depresión o falta de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bajo de peso	Con sobrepeso	Un poco sobrepeso	De peso adecuado	
22. Considera usted que está:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Sí	No	
23. ¿Está usted preocupado por su peso actual?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ni siquiera pensando en hacer cambios	Pensando en hacer cambios	Decidido(s) para hacer cambios en los siguientes 6 meses	Haciendo cambios ahora mismo	
24. Con respecto a hacer cambios en sus hábitos de vida (hacer más ejercicios y comer más frutas/legumbres; tomar menos soda) para mejorar su salud, <b>usted está:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Con respecto a hacer cambios en sus hábitos de vida para mejorar la salud, ¿piensa usted que <b>los otros adultos en su familia están:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Escriba 1 o 2 ejemplos de pequeños cambios que <b>usted</b> puede hacer para ayudarle a tener hábitos de vida más saludables.					
_____					
27. Escriba 1 o 2 ejemplos de lo que piensa <b>usted</b> son los problemas que encuentra cuando intenta hacer cambios para tener hábitos de vida más saludables.					
_____					