

**General**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:                        |    |    |
| 2. ¿Te sientes significativamente estresado, ansioso, preocupado, triste o enojado? | No | Sí |

**Nutrición**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 3. ¿Comes 5 o más porciones de fruta y verduras todos los días?   | Sí | No |
| 4. Cuando comes granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?                | Sí | No |
| 5. ¿Comes comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.)     | No | Sí |
| 6. ¿Bebes soda, jugo, bebidas energéticas u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana?                                   | No | Sí |
| 7. ¿Alguna inquietud o pregunta sobre el tamaño o la forma de tu cuerpo?  | No | Sí |
| 8. Desde hace un año, ¿has tratado de controlar tu peso forzándote a vomitar, tomando píldoras de dieta, laxantes o pasando hambre? | No | Sí |
| 9. ¿Tomas alguna vitamina o suplemento, incluidas las proteínas en polvo?   | No | Sí |

**Actividades**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 10. ¿Hay algún historial familiar de problemas cardíacos o muerte repentina?   | No | Sí |
| 11. ¿Has tenido dolor de pecho, falta de aire, o ritmo cardíaco irregular?   | No | Sí |
| 12. ¿Participas en alguna actividad física (con respiraciones fuertes) al menos por 1 hora al día?   | No | Sí |
| 13. ¿Ves TV, video juegos, o pasas tiempo en la computadora / tableta / teléfono por más de 2 horas al día (sin incluir tiempo de pantalla para la tarea escolar)? | Sí | No |
| 14. ¿Estás durmiendo 8-10 horas por noche?   | No | Sí |
| 15. ¿Estás trabajando?   | Sí | No |
| 16. Si es así, ¿cuántas horas por semana?  | No | Sí |

- a. ¿Hay algún historial familiar de problemas cardiacos o muerte repentina?

### Higiene bucal

17. ¿Consultas al dentista al menos dos veces al año? Sí      No

### Tuberculosis

18. ¿Estás en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye personas nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; personas que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa). No      Sí      No estoy seguro

### Adolescencia

*Si es apropiado...*

19. ¿Tienes tus períodos mensualmente (apartados 21 a 42 días)? Sí      No
20. ¿Tienes alguna pregunta sobre menstruación? No      Sí

### Verificación de seguridad

*Marque todo lo que corresponda*

**Cierto**

**Tengo preguntas**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Siempre llevo puesto el cinturón de seguridad en el coche.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. No envío mensajes de texto, uso un teléfono o auriculares mientras conduzco (o no conduzco).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Uso un casco cuando patino, ando en patineta, ando en bicicleta, esquío, hago snowboard o cuando estoy en una motocicleta, vehículo todo terreno, minibicicleta o motonieve. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Nuestro arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos un arma).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |