

## Revisión de Salud

SI     NO    Ha usado algunos productos de tabaco en las ultimas 30 días?

Cuantos días de la semana haga al menos **20 minutos** de ejercicios enérgicos como correr, montando en bicicleta cuesta arriba, llevando 50 libras?

0    1    2    3    4    5    6    7

Cuantos días de la semana haga al menos **30 minutos** de ejercicios moderados como caminando rápido, montando en bicicleta en un pavimento plano o cortando el césped?

0    1    2    3    4    5    6    7

Con que frecuencia come frutas y verduras? Nunca    Rara vez    A veces    A menudo

### Males and females

- SI     NO    Durante los últimos 12 meses fumo mota, uso otra droga, o uso una analgésica recetado, estimulante, o sedante por un razón que no fue medica?
- SI     NO    Durante los últimos 12 meses ha tomado mas alcohol o uso mas drogas que quiso?
- SI     NO    En los últimos 12 meses ha pensado que debe bajar la cantidad de alcohol o drogas que esta tomando?
- SI     NO    Algunos miembros de su familia han tenido problemas con abuso de drogas o alcohol? Si así es, quien? \_\_\_\_\_
- SI     NO    Ha experimentado con otras sustancias?  
Si así es, que? \_\_\_\_\_

Ha tenido consecuencias del uso del alcohol y/o drogas?

Yo: \_\_\_\_\_ Familia: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_ Legal: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### Hombres

SI     NO    Por favor piensa de la ultima vez que ha tomado **cinco o mas** bebidas estándares en un día o noche; fue durante las ultimas tres meses?

### Mujeres

SI     NO    Por favor piensa de la ultima vez que ha tomado **cuatro o mas** bebidas estándares en un día o noche; fue durante las ultimas tres meses?

### Hombres y Mujeres edad 65 y mas

SI     NO    Por favor piensa de la ultima vez que ha tomado **dos o mas** bebidas estándares en un día o noche; fue durante las ultimas tres meses?