

NOMBRE/IDENTIFICACIÓN:

FECHA:

Peso Actual: _____ kg lbs Fecha de pesaje: _____ n/a

Estatura: _____ Pies/Pulgadas cm

* Índice de Masa Corporal (IMC) : _____ *Calculado por el registrador

Presión sanguínea: _____/_____ mmHg Fecha de medición: _____ n/a

Glucosa en ayuno: _____ mmol/L mg/dl Fecha de medición: _____ n/a

HbA1c: _____ % Fecha de medición: _____ n/a

Estamos interesados en su creencia personal sobre su peso. NO estamos interesados en lo que otros creen o quieran que usted crea.

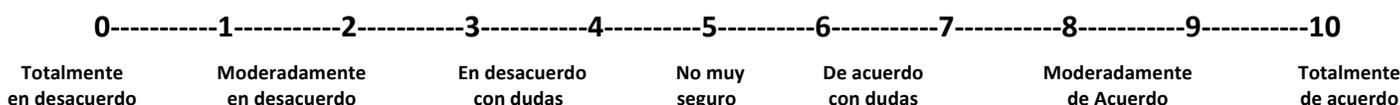
Por favor Indique, si en alguna ocasión ha padecido una de las siguientes experiencias relacionadas con su salud, leyendo las siguientes preguntas y marcando Sí o No.

	Si	No
A) ¿Tiene problemas para respirar con regularidad, especialmente con la ejecución de movimientos (como, por ejemplo, caminar, correr, subir escaleras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Tiene regularmente problemas para conciliar el sueño por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Se despierta regularmente con dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Se siente cansado con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Se siente bajo de ánimo o deprimido con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Evita socializar con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Padece de dolores y molestias habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Sufre usted con frecuencia de dolores en el pecho, particularmente en la ejecución de movimientos (como, por ejemplo, caminar, correr, subir escaleras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Tiene problemas para controlar la vejiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha respondido "NO" a TODAS las respuestas anteriores, por favor vaya a la siguiente página.

Si ha respondido "Sí" en alguna de las preguntas anteriores, por favor indique, en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo, en este preciso momento, con la siguiente declaración, encerrando con un círculo el número representativo en base a sus experiencias (cuadro anterior) relacionadas con la salud.

1) Las experiencias que he padecido se deben a tener sobrepeso o la obesidad.



Por favor indique, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo, en este preciso momento, con cada una de las siguientes declaraciones marcando con un círculo el número correspondiente.

2) Tengo una cantidad excesiva de grasa corporal.



3) NECESITO hacer o mantener, cambios de estilo de vida saludable para mejorar mi dieta y aumentar la cantidad de ejercicio físico.



4) Estoy en un peso saludable.



5) Puedo seguir con mi estilo de vida actual sin efectos nocivos (es decir, comer y hacer ejercicio como lo hago actualmente).



6) Mi peso corporal ha tenido o puede tener consecuencias negativas para mi salud (por ejemplo, colesterol alto, hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, depresión, etc.).



7) Actualmente tengo sobrepeso u obesidad (es decir, índice de masa corporal superior a 25 = sobrepeso; índice de masa corporal superior a 30 = obesidad).



8) Necesito de un tratamiento para adelgazar.



THE END