

Encuesta de Prácticas de Salud

Nombre de la clase: _____ Nombre de la propiedad: _____
 Fecha de hoy: _____ Número de su unidad: _____
 Sus iniciales: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Letra Inicial del
Primer
Nombre
Letra Inicial del
Segundo
Nombre
Letra Inicial del
Apellido
Mes / Día / Año

A BRIDGE le gustaría entender mejor su habilidad para realizar diversas actividades relacionadas con la salud y el bienestar y las áreas en las que podría necesitar un poco de ayuda. Su participación en esta encuesta es voluntaria y sus respuestas serán confidenciales.

Por favor, lea cada frase y **marque una respuesta** (☒ Para nada, Un poco, Algo, Generalmente, o Totalmente). Su respuesta indica su habilidad para poder hacer cada una de estas actividades, no la frecuencia con que lo hace en la actualidad.

¡Gracias por su tiempo!

YO PUEDO:

		<i>Para Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>General mente</i>	<i>Totalmente</i>
1)	Encontrar comidas saludables que están dentro de mi presupuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Comer una dieta balanceada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Calcular cuánto debería pesar para mantenerme sano(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Cepillar mis dientes regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Saber que alimentos tienen un alto contenido en fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Entender las etiquetas y saber que alimentos son saludables para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Beber la cantidad de agua que debo beber cada día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Averiguar cosas que podría hacer para relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Evitar sentirme solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Hacer cosas que me hacen sentir bien conmigo mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	Evitar estar aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa en la siguiente página



YO PUEDO:

		<i>Para Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>General mente</i>	<i>Totalmente</i>
12)	Hablar con amigos y familiares acerca de mis preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)	Saber cómo respondo al estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	Cambiar cosas en mi vida para reducir el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Hacer ejercicios que son buenos para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)	Hacer ejercicio como parte de mi rutina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)	Encontrar formas de ejercitarme que disfruto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18)	Encontrar lugares accesibles en la comunidad para ejercitarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19)	Saber cuándo parar de hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20)	Hacer ejercicios de estiramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21)	Evitar lastimarme cuando hago ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22)	Saber dónde encontrar información de cómo cuidar mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23)	Estar atento(a) a los cambios negativos en la condición de mi cuerpo (llagas de presión, problemas de respiración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24)	Reconocer los síntomas que deben ser reportados al(a) doctor(a) o a el/la enfermero(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25)	Usar los medicamentos correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26)	Encontrar a un(a) doctor(a) o a un(a) enfermero(a) que me den buenos consejos sobre cómo cuidarme para mantenerme sano(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27)	Conocer mis derechos y saber cómo hacerlos valer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28)	Obtener ayuda de otros cuando la necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias