

Evaluación de bienestar

¿De qué se siente orgulloso con respecto a su salud?

¿Qué lo motiva a llevar un estilo de vida saludable?

Actividad física:

1. En promedio, ¿cuántos días a la semana hace ejercicio programado?

2. En promedio, ¿cuántos minutos totales de actividad física o ejercicio hace en esos días? _____
3. Cuando hace ejercicio, ¿es normalmente ligero, moderado o extenuante? (marque una opción)
 - Ligero (ritmo cardíaco normal, respiración normal)
 - Moderado (frecuencia cardíaca ligeramente superior a la normal, respiración agitada)
 - Extenuante (frecuencia cardíaca significativamente superior a la normal, respiración muy agitada)



Vegetales

	Tamaños de las porciones
Vegetales de hoja crudos	1 taza
Frescos, enlatados o congelados	½ taza



Fruta

	Tamaños de las porciones
1 fruta mediana	Del tamaño de su puño
Frescos, enlatados o congelados	½ taza
Seco	¼ taza

Nutrición:

1. ¿Cuántas porciones de fruta come al día? _____
2. ¿Cuántas porciones de vegetales come al día? _____
3. ¿Cuántas veces al día come o bebe golosinas azucaradas (por ejemplo, bebidas gaseosas, refrescos light, galletas, caramelos)? _____

Estrés:

¿Cree que gestiona bien su estrés? SÍ NO

Sueño:

1. En promedio, ¿cuántas horas duerme cada noche? _____
2. En una escala del 1 al 5, ¿cuán reparador es su sueño? (marque la casilla que corresponda)

No es reparador

Muy reparador

1

2

3

4

5

Siguientes pasos:

¿Qué pequeño paso le gustaría dar hoy para mejorar su salud?
