



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia		MBCIS ID	
Apellido	Nombre	Inicial/Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Por favor seleccione UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Qué opina de hacer cambios en su vida para estar más saludable?

- No estoy interesado/a     Estoy un poco interesado/a en saber más     Estoy muy interesado/a     Recientemente he tratado de estar más saludable     Ya tengo hábitos saludables

2. En un día normal, ¿con qué frecuencia come **frutas y verduras**? *Incluyendo frutas y verduras frescas, enlatadas o congeladas.* (Por ejemplo: zanahorias, papas, brócoli, calabaza, manzanas, naranjas, plátanos, duraznos )

- Ninguna     1-2 veces     3-4 veces     5-6 veces     7-8 veces     Más de 8 veces

3. En un día normal, ¿con qué frecuencia come o toma **productos lácteos**? (Por ejemplo: leche, yogurt, queso)

- Ninguna     1 vez     2 veces     3 veces     Mas de 3 veces

3a. Cuando usted come o toma productos lácteos, ¿qué tipo de productos lácteos usa más seguido?

- N/A     No estoy seguro     Enteros     Reducidos en grasas (2%)     Bajos en grasa (1% o ½%)     Sin grasas

4. En un día normal, ¿con qué frecuencia come **granos o productos de granos**? (Por ejemplo: pan, cereal, arroz, fideos/pasta, bagels, galletas, muffins)

- Ninguna     1-2 veces     3-4 veces     5-6 veces     7-8 veces     Más de 8 veces

4a. Cuando usted come granos o productos de granos, ¿cuántos son de **grano entero**? (Por ejemplo: arroz integral, pan de trigo integral, avena, cereal All bran)

- N/A     No estoy seguro/a     Ninguna     1     2     3     Más de 3

5. ¿Que opina acerca de comer comida saludable?

- No estoy interesado/a     Estoy un poco interesado/a en saber más     Estoy muy interesado/a     Recientemente he tratado de comer más saludable     Ya como comida saludable

6. En una semana normal, ¿cuantos días participa en **actividades físicas planeadas**? (Por ejemplo: caminar, jardinería, bailar, correr, andar en bicicleta o cualquier cosa que haga latir su corazón más aprisa)

- Ninguno     1 día     2 días     3 días     4 días     5 días     6 días     7 días

6a. En los días en que usted practica una actividad física planeada, ¿cuánto tiempo pasa en **total** haciendo esta actividad?

- N/A     Nada     Menos de 10 minutos     10-20 minutos     20-30 minutos     Más de 30 minutos

7. ¿Que opina de ser activo físicamente?

- No estoy interesado/a     Estoy un poco interesado/a en saber mas     Estoy muy interesado/a     He tratado de ser más activo recientemente     Ya soy muy activo

8. ¿Fuma cigarros?

- Diariamente(#/día\_\_\_\_)     Algunos días(#/día\_\_\_\_)     No    Dejó de fumar Fecha\_\_\_\_\_

9. ¿Que opina acerca de dejar de fumar?

- No estoy interesado/a     Estoy un poco interesado/a en saber mas     Estoy muy interesado/a     He tratado de dejar de fumar recientemente     No fumo