



Encuesta de Salud



Para aprender más información sobre el programa de Well Wisconsin visite www.wellwisconsin.wi.gov.

Apellido	Inicial segundo nombre	Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
----------	------------------------	--------	----------------------------------

Número de Suscriptor: _____
Este es el número de nueve dígitos y dos códigos de persona que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Phone Number
------------------	--------	--------	---------------	--------------

Negación de responsabilidad

1.1) Lea los 'Términos del Uso', abajo, que describe cómo su información personal será salvaguardada confidencialmente y utilizada para desarrollar su reporte.

Notificación de la Encuesta de Salud para Usuarios

Felicidades por elegir ser participe en la Encuesta de Salud. Considere esta encuesta como su primer paso a un mejor salud. El tomar responsabilidad para una mejor salud ahora, usted podría vivir una vida más larga, más sana y más feliz. Esta encuesta es diseñada para adultos mayores de 18 años.

El uso de Información Personal. Este sitio retiene la información que usted somete en el tiempo de tomar la Encuesta de salud. Esto expone las prácticas del sitio con respecto a la información que reúne de participantes del Perfil Personal de Bienestar. Sus respuestas al cuestionario serán reveladas de forma agregada. La forma agregada significa que sus datos serán combinados con aquellos de otros participantes en una manera que no le identifica personalmente. Este sitio ha tomado pasos para cumplir completamente con las leyes y regulaciones en el uso de información personal; sin embargo, este sitio no controla, en última instancia, las prácticas de privacidad y seguridad de concesionarios de los datos acumulados. En adición, durante el transcurso de proveer los servicios con la Encuesta de salud y otros productos, empleados del sitio y consultores pueden tener acceso a su información personal. Usted puede borrar su Perfil de Bienestar en cualquier momento, sin embargo, nosotros no podemos garantizar que su información en la forma agregada será eliminada completamente del sistema.

Los términos del Uso. Cuando toma parte en la Encuesta de Salud, usted acuerda que los resultados de la encuesta serán utilizados para propósitos instructivos solamente y que la Encuesta de Salud no ha sido creada para reemplazar el consejo de un medico profesional. Usted no debe depender de la Encuesta de salud para diagnóstico o tratamiento. Toda persona que demuestre síntomas de la enfermedad, caen en ciertas categorías de alto riesgo, y/o que recibe resultados anormales de pruebas de laboratorio, deben consultar a un médico antes de comenzar cualquier tipo de acción o cualquier cambio de estilo de vida. Este sitio no es responsable de cualquier consecuencia de salud que resulte de su participación en este programa.

Consentimiento. Esta política y este aviso pueden cambiar en cualquier momento. Este aviso contiene nuestra política con respecto a nuestras prácticas de seguridad y de privacidad. Al firmar más abajo reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con lo indicado más arriba y que tengo al menos 18 años de edad.

Estoy de acuerdo con los términos de uso

For Office Use Only

Date entered: _____ Entered by: _____

Date audited: _____ Audited by: _____

Unity's Wellness Representatives:

Call: 800-362-3310 Fax: 608-644-2003
Send completed forms to: Unity Health Insurance, 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583

Por favor complete el cuestionario entero llenado en el círculo apropiado en negro basado en su respuesta. **Por favor note:** si deja en blanco cualquier información, se le regresará el cuestionario

Salud en General

1.2) Complete la siguiente declaración; "En general mi salud es..." (Complete solamente una)

- a) excelente
- b) muy bien
- c) bien
- d) pasable
- e) mal

Su Salud Actual

1.3) ¿Tiene usted, o le han dicho que usted tiene las siguientes condiciones de salud?:

(Rellene todo que se aplican o dejen en blanco si no aplica)

- a) infarto
 - Está tomando medicamentos
- b) asma
 - Está tomando medicamentos
- c) diabetes
 - Está tomando medicamentos
- d) artritis
 - Está tomando medicamentos
- e) dolor de espalda
 - Está tomando medicamentos
- f) depresión
 - Está tomando medicamentos
- g) osteoporosis
 - Está tomando medicamentos
- h) colesterol alto
 - Está tomando medicamentos
- i) cáncer
 - Está tomando medicamentos
- j) alta presión
 - Está tomando medicamentos
- k) bronquitis crónica, COPD
 - Está tomando medicamentos
- l) anginas, paro cardíaco congestivo o ataque cardíaco
 - Está tomando medicamentos
- m) enfermedades gastrointestinales
 - Está tomando medicamentos
- n) dolores de cabeza
 - Está tomando medicamentos
- o) ansiedad
 - Está tomando medicamentos
- p) alergias
 - Está tomando medicamentos

Salud Preventiva

2.1) ¿Cuándo fue su último examen físico? _____ / _____
(Deje el espacio en blanco si no se acuerda) Escoja mes Escoja año

Hombres de menos de 50- salte a la pregunta 2.13

Hombres mayores de 50 años- salte a la pregunta 2.11

2.2) ¿Cuándo fue su última prueba de cáncer cervical? _____ / _____
(Deje el espacio en blanco si no se acuerda) Escoja mes Escoja año

No aplicable

2.3) ¿Ha tenido usted un examen de papanicolaou anormal?

(Complete solamente una)

a) si

b) no

Si contestó no, salte al 2.5

2.4) ¿Tuvo usted seguimiento tal como fue recomendado por su proveedor?

a) si

b) no

2.5) ¿Se ha hecho pruebas para ver si tiene el VPH además de la citología en los últimos 5 años?

(Complete solamente una)

a) si

b) no

c) No esta seguro/a

2.6) ¿Toma usted algun suplemento de ácido fólico o algun multivitaminico?

(Complete solamente una)

a) si

b) no

Mujeres de menos de 40- salte a la pregunta 2.13

2.7) ¿Le han hecho a usted alguna vez una mamografía?

(Complete solamente una)

a) si

b) no

c) no aplicable

2.8) ¿Cúando fue su última mamografía? _____ / _____
(Deje el espacio en blanco si no se acuerda) Escoja mes Escoja año

2.9) ¿Se hace usted un mamograma todos los años?

(Complete solamente una)

a) si

b) no

c) no aplicable

Salud Preventiva

2.10) ¿Consumes usted al menos 1200 mg de calcio al día? (Complete solamente una)

- a) si
- b) no
- c) No esta seguro/a

Mujeres de menos de 50- salte a la pregunta 2.13

2.11) ¿Alguna vez ha tenido una colonoscopia o alguna otra prueba para la detección del cáncer de colon? (Complete solamente una)

- a) si
- b) no

Mujeres - salte a la pregunta 2.13

2.12) ¿Ha tenido una prueba de "PSA" para revisarlo por cáncer de próstata? (Complete solamente una)

- a) si
- b) no
- c) no aplicable

2.13) ¿Se ha usted vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses? (Complete solamente una)

- a) si
- b) no

Nutrición

Desayuno

3.1) ¿Cuántas veces come usted desayuno; más que un panecillo y una taza de café? (Complete solamente una)

- a) come desayuno todos los días
- b) come desayuno casi todos los días
- c) come desayuno 2 ó 3 veces a la semana
- d) casi nunca o nunca come desayuno

Snacks

3.2) ¿Cada cuanto tiempo usted come bocados entre cada comida (bocados, pasteles, gaseosa, dulces, helado, galletas)? (Complete solamente una)

- a) Tres veces o más al día
- b) Una ó dos veces al día
- c) Algunas veces a la semana
- d) Casi nunca o nunca come entre comidas seldom or never eat typical snacks

Salt

3.3) ¿Cuántas veces le añade usted sal a su comida o come comida salada? (bocados, pepinos, salsa soya)? (Complete solamente una)

- a) casi nunca o nunca
- b) algunas comidas
- c) La mayoría de las comidas
- d) casi cada comida

Consumo de grasa

3.4) Indique el tipo de comida que come usualmente

ejemplos de altos en grasa

- hamburguesas
- perros calientes
- bolonia
- Carnes rojas
- crema amarga
- queso
- leche entera
- huevos
- mantequilla
- torta/pastel/bizcocho
- pastelería
- helado
- chocolate
- comida frita
- mucha comida rápida

ejemplos de bajos en grasa

- carne magra
- aves sin piel
- pescado
- leche desnatada
- productos de lechería bajos en grasa
- postres de fruta
- gelatina
- vegetales
- pasta
- legumbres (guisantes y frijoles)

(Complete solamente una)

- a) casi siempre come comida con alto contenido de grasa
- b) come usualmente comida alta en grasa; con alguna baja en grasa
- c) come de las dos mas o menos igual
- d) come usualmente comida baja en grasa, y otras alta en grasa
- e) solamente come comida baja en grasa

Panes y Granos

3.5) Indique los tipos de panes y granos que come usualmente

ejemplos de grano refinado

- pan de harina blanca
- panecillos
- panqueques regulares y waffles
- arroz blanco
- generalmente cereales de desayuno
- generalmente cocidas al horno

ejemplos del grano entero

- pan de grano entero
- arroz moreno
- avena y otros cereales cocinados
- cereales de grano entero o altos en contenido de fibra

(Complete solamente una)

- a) casi siempre come productos de grano refinado
- b) come mayormente productos de grano refinado, algunos productos de grano entero
- c) come por igual ambas clases de productos
- d) Principalmente come productos de grano entero, y algunos productos de grano refinado
- e) come solamente los productos de grano entero

Frutas y Legumbres

3.6) ¿Cuántas porciones de frutas y legumbres come Ud. diariamente?

(Una porción = 1 taza fresca, 1/2 taza cocida, 1 fruta mediana ó 3/4 de taza de jugo).

(Complete solamente una)

- a) uno ó menos
- b) dos al día
- c) tres al día
- d) cuatro al día
- e) cinco ó mas cada día

Dulces y Postres

3.7) ¿Cuántas porciones de galletas, pastel, donas, dulces, gaseosa, o paquetes de azúcar consume usted diariamente?

(Complete solamente una)

- a) uno ó menos
- b) dos al día
- c) tres al día
- d) cuatro al día
- e) cinco ó más al día

Ejercicio

Actividad física

4.1) ¿Cuántos días a la semana participa usted en actividad física que dura de 20 a 30 minutos?

Moderadamente = caminata rápida, suficiente para sudar un poco pero sin que me falte el aire.

Vigorosamente = suficiente para sudar mucho y sentir jadeo excesivo.

(Complete solamente una)

- a) ninguno
- b) un día de ejercicio moderado
- c) dos días de ejercicio moderado
- d) tres días de moderado O un día de ejercicio vigoroso
- e) cuatro días de moderado O 2 días de ejercicio vigoroso
- f) cinco días de moderado O 3 días de ejercicio vigoroso
- g) seis días de moderado O 4 días de ejercicio vigoroso
- h) siete días de moderado O más de 4 días de ejercicio vigoroso

Ejercicios de Fuerza

4.2) ¿Cuántos días a la semana entrena usted con ejercicios de fuerza para endurecer los músculos?

(Complete solamente una)

- a) ninguno
- b) una vez a la semana
- c) dos veces a la semana
- d) tres o más veces a la semana

Ejercicios de Estiramiento

4.3) ¿Cuántas veces a la semana hace Ud. ejercicios de estiramiento para mejorar la flexibilidad de su espalda, cuello, hombros y piernas?

(Complete solamente una)

- a) ninguno
- b) una vez a la semana
- c) dos veces a la semana
- d) tres o más veces a la semana

Salud Emocional/Estrés

Salud Emocional

- 5.1) ¿Durante las dos ultimas semanas, se ha sentido Ud. Sin ánimo, deprimido o sin esperanzas?
(Complete solamente una)
- a) si
 - b) no
- 5.2) ¿En las ultimas dos semanas ha tenido poco animo o el hacer cosas placenteras le han molestado?
(Complete solamente una)
- a) si
 - b) no

Si contestó no al 5.1 o 5.2, salte al 5.6

- 5.3) ¿Tiene Ud. historial de depresión?
- a) si
 - b) no
- 5.4) ¿En los pasados 6 meses, ha pensado en hacerse daño a Ud. mismo?
- a) si
 - b) no
- 5.5) Tiene Ud. un plan del suicidio?
- a) si
 - b) no

Problemas Emocionales

- 5.6) Durante el último mes, ¿ha sentido alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que aplican)
- a) triste o deprimido
 - b) enojado u hostil
 - c) ansioso o nervioso
 - d) que recibe buen apoyo de amigos y familia
 - e) que situaciones interesantes y retantes llenan su vida

Actividad Social

- 5.7) Durante las ultimas cuatro semanas, ¿en qué medida ha interferido su salud física o un problema emocional con sus actividades normales con familia, amigos, vecinos, o grupos?
(Complete solamente una)
- a) nunca
 - b) un poco
 - c) en moderación
 - d) bastante
 - e) muchísimo

Enfrentando el Estrés

- 5.8) ¿Como se siente usted al enfrentar su actual carga de estrés?
(Complete solamente una)
- a) lo enfrenta muy bien
 - b) lo enfrenta bastante bien
 - c) lo enfrenta con dificultad a veces
 - d) lo enfrenta con dificultad frecuentemente
 - e) se siente con la inhabilidad de enfrentarlo
- 5.9) ¿Tiene Ud. buen apoyo de su familia y amigos?
(Complete solamente una)
- a) si
 - b) no
- 5.10) ¿Durante el año pasado, tuvo Ud. algunos cambios grandes en su vida o trabajo?
(Complete solamente una)
- a) si
 - b) no

Señales de tensión

- 5.11) Elija de la siguiente lista todos los que le apliquen a usted:
(Seleccione todos los que aplican)
- a) Problemas pequeños me frustran
 - b) Encuentro difícil relacionarme con las personas
 - c) Nada me da placer
 - d) No puedo dejar de pensar en mis problemas
 - e) Me siento frustrado, impaciente, o enojado la mayoría del tiempo
 - f) Yo me siento tenso o ansioso la mayoría del tiempo
- 5.12) Técnicas para reducir el estrés (cosas como el ejercicio, la lectura, escribir en un diario, dibujar, la meditación, etc...) son útiles en el manejo del estrés diario. ¿Cuántas veces a la semana incorpora usted técnicas para reducir el estrés?
(Complete solamente una)
- a) diariamente
 - b) la mayoría de los días
 - c) Algunos días
 - d) nunca

Sueño

- 5.13) ¿Cuántas veces duerme de 7 a 8 horas por noche?
(Complete solamente una)
- a) siempre
 - b) la mayoría del tiempo
 - c) menos de la mitad del tiempo
 - d) infrecuentemente o nunca

Seguridad

Automotive

6.1) ¿Usa usted el cinturón de seguridad en el carro?

(Complete solamente una)

- a) si
- b) no

Automotive

6.2) ¿Cuántas veces usa el cinturón de seguridad?

(Complete solamente una)

- a) siempre
- b) La mayoría de las veces
- c) Menos de la mitad del tiempo
- d) casi nunca o nunca

En la Casa

6.3) ¿Tiene un detector del humo en su casa?

(Complete solamente una)

- a) si
- b) no
- c) no está seguro

6.4) ¿Tiene un detector de monóxido de carbono en su casa?

(Complete solamente una)

- a) si
- b) no
- c) no está seguro

Usted

6.5) ¿Usualmente se aplica protección solar con un SPF de 15 ó más?

(Complete solamente una)

- a) si
- b) no
- c) algunas veces

6.6) Durante los últimos 6 meses; ¿Ha estado usted en una relación en la cual usted ha sido amenazado, empujado, golpeado, pateado, o algún otro comportamiento en el cual le han hecho daño?

(Complete solamente una)

- a) si
- b) no

Tabaco

Condición de fumador

7.1) Elija la respuesta apropiada:

(Complete solamente una)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> a) nunca ha fumado | <input type="radio"/> e) dejó de fumar hace 0-5 meses |
| <input type="radio"/> b) Dejó de fumar hace 2 años o más | <input type="radio"/> f) actualmente fuma pipa o puro solamente |
| <input type="radio"/> c) dejó de fumar uno a hace dos años | <input type="radio"/> g) actualmente fuma menos de 10 cigarrillos al día |
| <input type="radio"/> d) dejó de fumar hace 6-12 meses | <input type="radio"/> h) actualmente fuma 10 ó mas cigarrillos al día |

Chewing Tobacco

7.2) Tabaco de Mascar

(Complete solamente una)

- a) si
 b) no

Alcohol

Número de bebidas alcohólicas

8.1) ¿Usualmente cuántas bebidas alcohólicas consume Ud. a la semana (un trago = a 12 oz. cerveza o "wine cooler", 5 oz. de vino o 1.5 oz. de Ron o Licor)? (Complete solamente una)

- a) cero
 b) uno a siete
 c) 8 - 14
 d) 15 - 20
 e) 21 ó más

8.2) ¿Ha tomado usted 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión en los últimos 6 meses? ("Una sola sesión" es definido por la CDC como 2 horas o menos.) (Complete solamente una)

- a) si
 b) no

Beber y Conducir

8.3) ¿Alguna vez ha manejado bajo la influencia del alcohol o alguna vez ha viajado con una persona que conducía bajo la influencia del alcohol? (Complete solamente una)

- a) si
 b) no

Medicamentos y drogas

8.4) ¿Cuántas veces usa Ud. medicamentos o drogas (Incluyendo las recetadas y sin recetas) que le afecten su estado de animo, le ayudan a relajarse, o le ayudan a dormir? (Esta pregunta tiene por objeto evaluar a aquellos que están tomando medicamentos aparte de los medicamentos de uso diario para el tratamiento de la depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental.) (Complete solamente una)

- a) frecuentemente
 b) a veces
 c) casi nunca
 d) nunca

Voluntad para Cambiar

Indique que tan preparado/a está usted para hacer cambios o mejoras a su salud en las siguientes áreas:

NOTE: Fill in one bubble per row for each question.

	a) No he pensado en cambiarlo	b) Planea un cambio en los próximos 6 meses	c) Planea hacer cambios este mes	d) Hace poco empecé a hacer esto (0-5 meses)	e) Llevo haciendo esto de forma regular (6 meses o más)
9.1) Se mantiene activo/a la mayoría de los días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2) Mayormente come comida saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3) Vive -sin humo- del tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4) Lograr / mantener un peso saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5) Puede manejar bien las tensiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.6) En general vive tiene un estilo de vida saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Productividad

Cada una de las siguientes preguntas se relaciona a sus últimas 2 semanas en el trabajo:

NOTE: Fill in one bubble per row for each question.

	a) Nunca (0%)	b) Muy pocas veces	c) Algunas veces (alrededor de 50%)	d) La mayoría de las veces	e) Todo el tiempo (100%)	f) No se aplica a mi trabajo
10.1) ¿Cuántas veces su salud física o emocional le dificultó a usted trabajar sus horario de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2) ¿Cuántas veces pudo usted sentarse, pararse, o mantenerse en una sola posición mientras trabajaba por un período de más de 15 minutos sin dificultad a consecuencia de su salud física o emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3) ¿Cuántas veces su salud física o emocional le dificultó a usted terminar su jornada trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.4) ¿Cuántas veces su salud física o emocional le dificultó a usted terminar su trabajo sin cometer errores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>