



UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH MANAGEMENT RESEARCH CENTER

CUESTIONARIO DE RIESGOS A LA SALUD

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

INSTRUCCIONES PARA MARCAR

- **NO DOBLE LAS HOJAS.**



- USE UN
LAPIZ
NO. 2
SOLAMENTE.

Conteste cada pregunta lo mejor que pueda, marcando la mejor respuesta.

Sus resultados se mantendrán estrictamente confidenciales y nunca se compartirán con su empleador.

2 SEXO

Masculino
 Femenino

pies	pulg
(4)	(1)
(5)	(1)
(6)	(1)
(7)	(1)
	(2)
	(3)
	(4)

libras
(1)
(1)
(1)
(1)
(2)
(2)
(2)
(3)
(3)
(4)
(4)
(4)
(5)
(5)
(6)
(6)
(6)
(7)
(7)
(8)
(8)
(9)
(9)

9

¿Cuál es su nivel de colesterol HDL?

(basado en un análisis de sangre)

mg

①	①	①
①	①	①
②	②	
③	③	
④	④	
⑤	⑤	
⑥	⑥	
⑦	⑦	
⑧	⑧	
⑨	⑨	

Bueno/normal

Malo

No estoy seguro

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA



10**CONSUMO DE CIGARRILLOS**

¿Cómo describiría usted su hábito de fumar cigarrillos?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Todavía fumo | <input type="radio"/> Pase a la pregunta 11 |
| <input type="radio"/> Antes fumaba | <input type="radio"/> Pase a la pregunta 12 |
| <input type="radio"/> Nunca he fumado | <input type="radio"/> Pase a la pregunta 13 |

11**TODAVÍA FUMO**

Cigarrillos por día

<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (1)
<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (2)
<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (3)
<input type="radio"/> (4)	<input type="radio"/> (4)
<input type="radio"/> (5)	<input type="radio"/> (5)
<input type="radio"/> (6)	<input type="radio"/> (6)
<input type="radio"/> (7)	<input type="radio"/> (7)
<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (8)
<input type="radio"/> (9)	<input type="radio"/> (9)

(Pase a la pregunta 13)

12**ANTES FUMABA**

Años

<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (1)
<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (2)
<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (3)
<input type="radio"/> (4)	<input type="radio"/> (4)
<input type="radio"/> (5)	<input type="radio"/> (5)
<input type="radio"/> (6)	<input type="radio"/> (6)
<input type="radio"/> (7)	<input type="radio"/> (7)
<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (8)
<input type="radio"/> (9)	<input type="radio"/> (9)

¿Cuántos cigarrillos en promedio fumaba diariamente en los dos años antes de dejar de fumar?

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> menos de 9 | <input type="radio"/> 10-15 | <input type="radio"/> 16-19 | <input type="radio"/> 20 o más |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

13**¿Fuma o usa usted?**

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| pipas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| puros? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| tabaco sin humo? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

14

¿Con qué frecuencia usa usted drogas o medicamentos (incluso medicamentos de receta) que afectan su estado de ánimo o le ayudan a relajarse?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Casi diariamente | <input type="radio"/> Algunas veces | <input type="radio"/> Casi nunca o nunca |
|--|-------------------------------------|--|

15

Tragos

<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (1)
<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (2)
<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (3)
<input type="radio"/> (4)	<input type="radio"/> (4)
<input type="radio"/> (5)	<input type="radio"/> (5)
<input type="radio"/> (6)	<input type="radio"/> (6)
<input type="radio"/> (7)	<input type="radio"/> (7)
<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (8)
<input type="radio"/> (9)	<input type="radio"/> (9)

¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas toma usted en una semana típica?
(un trago = una cerveza, una copa de vino, un trago de licor o un trago mezclado)

16

Veces el último mes

¿Cuántas veces en el último mes manejó o viajó usted cuando el chofer quizás había tomado demasiado?

<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (1)
<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (2)
<input type="radio"/> (3)	<input type="radio"/> (3)
<input type="radio"/> (4)	<input type="radio"/> (4)
<input type="radio"/> (5)	<input type="radio"/> (5)
<input type="radio"/> (6)	<input type="radio"/> (6)
<input type="radio"/> (7)	<input type="radio"/> (7)
<input type="radio"/> (8)	<input type="radio"/> (8)
<input type="radio"/> (9)	<input type="radio"/> (9)

17

En los próximos 12 meses, ¿cuántos miles de millas probablemente manejará o viajará en cada uno de los siguientes?

A. Auto, camión, van o camioneta (SUV)

- | |
|--|
| <input type="radio"/> 1-1,999 |
| <input type="radio"/> 2,000-4,999 |
| <input type="radio"/> 5,000-9,999 |
| <input type="radio"/> 10,000-14,999 |
| <input type="radio"/> 15,000-19,999 |
| <input type="radio"/> 20,000-29,999 |
| <input type="radio"/> 30,000 millas o más |
| <input type="radio"/> no manejo ni viajo de pasajero |

B. Motocicleta

- | |
|--|
| <input type="radio"/> 1-999 |
| <input type="radio"/> 1,000-1,999 |
| <input type="radio"/> 2,000-2,999 |
| <input type="radio"/> 3,000-3,999 |
| <input type="radio"/> 4,000-4,999 |
| <input type="radio"/> 5,000 millas o más |
| <input type="radio"/> no manejo ni viajo de pasajero |

18

¿Qué por ciento de las veces se abrocha usted el cinturón de seguridad cuando maneja o viaja?

- 100%
- 90-99%
- 80-89%
- menos del 80%

19

En promedio, ¿cuán cerca del límite de velocidad maneja usted usualmente?

- 5 mph dentro del límite de velocidad
- 6 a 10 millas sobre el límite
- Más de 10 millas sobre el límite

20

En un día típico, ¿cómo viaja usted usualmente? (marque uno solamente)

- Auto subcompacto o compacto
- Auto mediano o grande o minivan
- Camión, van, van grande o SUV
- Motocicleta
- Otro

21

¿Cuántas porciones de alimentos altos en fibras, tales como pan integral, cereal alto en fibra, frutas frescas o verduras, come usted? (tamaño de la porción = 1 rebanada de pan, $\frac{1}{2}$ tza. de verduras, 1 fruta mediana, $\frac{3}{4}$ tza. de cereal)

- 5 a 6 porciones al día
- 3 a 4 porciones al día
- 1 a 2 porciones al día
- Casi nunca / nunca

22

¿Cuántas porciones de alimentos altos en colesterol o grasa, tales como carne grasosa, queso, comidas fritas o huevos come usted? (tamaño de la porción = $3\frac{1}{2}$ oz. de carne, 1 huevo, 1 oz./lasca de queso)

- 5 a 6 porciones al día
- 3 a 4 porciones al día
- 1 a 2 porciones al día
- Casi nunca / nunca

23

En una semana promedio, ¿cuántas veces se dedica usted a una actividad física (ejercicio o trabajo suficientemente fuerte para hacerle jadear y que su corazón late más rápidamente) y que dure por lo menos 20 minutos? Los ejemplos incluyen correr, caminar a paso ligero o trabajo pesado, p. ej., cortar leña, levantar pesos, excavar, etc.

- Menos de 1 vez por semana
- 1-2 veces por semana
- 3 veces por semana
- 4 o más veces por semana

24

En general, ¿cuán satisfecho está? usted con su vida (incluya aspectos personales y profesionales)?

- Completamente satisfecho
- Mayormente satisfecho
- Parcialmente satisfecho
- Insatisfecho

25

¿Estaría de acuerdo que está satisfecho con su trabajo?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA



26

En general, ¿cuán estrechos son sus vínculos sociales con su familia y/o amigos?

- Muy estrechos Menos estrechos que los normales
 Más o menos No estoy seguro

27

Considerando su edad, ¿cómo describiría usted su salud física general?

- Excelente Buena Mala
 Muy buena Regular

28

¿Cuántas horas usualmente duerme usted por la noche?

- 6 horas o menos 8 horas
 7 horas 9 horas o más

29

¿Ha sufrido usted una pérdida o desgracia personal en el último año? (Por ejemplo: una pérdida de empleo, discapacidad, divorcio, separación, encarcelamiento o la muerte de un ser querido)

- Sí, dos o más pérdidas serias Sí, una pérdida seria No

30

¿Con qué frecuencia se siente usted tenso, ansioso o deprimido?

- A menudo Casi nunca
 Algunas veces Nunca

31

Durante el último año, ¿cuál ha sido el efecto del estrés en su salud?

- Mucho Un poco Casi nada Nada

32

En el último año, ¿cuántos días de trabajo perdió usted debido a enfermedad personal?

- 0 3-5 días 11-15 días
 1-2 días 6-10 días 16 días o más

33

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus problemas de salud afectaron su productividad en el trabajo?

- ningún problema de salud algunas veces siempre
 nunca casi siempre

34

Durante las 2 últimas semanas, ¿cuántas veces su estado de salud o sus problemas emocionales le dificultaron hacer lo siguiente? Marque la casilla "No se aplica a mi trabajo" sólo si la pregunta describe algo que no es parte de su trabajo.

Trabajar el número de horas requeridas

siempre (100%)	casi siempre (50%)	la mitad de la vaces (50%)	algunas veces	nunca (0%)	no se aplica a mi trabajo
-------------------	--------------------------	--	------------------	---------------	------------------------------------

Comenzar sus labores tan pronto llegó al trabajo

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Repetir constantemente los mismos movimientos manuales durante el trabajo

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Usar sus equipos (p. ej., teléfono, pluma, teclado, ratón de computadora)

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Concentrarse en su trabajo

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ayudar a otras personas a realizar su trabajo

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Hacer la cantidad requerida de trabajo en su empleo

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Sentir que ha hecho lo que es capaz de hacer

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

35

¿Cuántas horas tomó libre de su trabajo durante las 2 últimas semanas para cuidar a niños, padres o parientes enfermos?
 (Esto podría incluir llevar niños a visitas a un médico, quedarse en la casa con un niño o un parente enfermo o llamar a médicos o compañías de seguro médico.)

Horas

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

**36**

¿Tiene usted un historial familiar (hermano, hermana, madre, padre, abuelos) de:

Hipertensión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Problemas del corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Cáncer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro
Alto colesterol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro

37

Tiene usted:

	nunca	en el pasado	actualmente	toma medicamento	bajo atención médica
Alergias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de espalda	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquitis crónica/ enfisema	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor crónico	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidez o reflujo ácido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto colesterol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menopausia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jaqueca	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra afección	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Voltee la página.

38

¿Cuándo fue la última vez que recibió estos servicios preventivos o pruebas de salud?

	menos de 1 año	hace 1-2 años	hace 2-3 años	hace 3-4 años	hace 5-6 años	hace 7 o más años	Nunca	No sé
Prueba de cáncer del colon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Examen rectal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Vacuna contra la gripe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Vacuna contra el tétano	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Presión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Colesterol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Por mujeres solamente								
Prueba de Papanicolaou	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Mamografía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Examen de los senos por un médico o enfermera	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Por hombres solamente								
Examen de la próstata	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>						

39

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces usted ha:

0 1-2 3-5 6 o más

- Visitado el consultorio de un médico o clínica
- Ido a una sala de emergencia
- Pasado una noche en el hospital

Mujeres (Hombres pasan a la pregunta 45)

40

¿Cuántas mujeres de su familia de sangre (madre y hermanas solamente) han tenido cáncer del seno?

- Ninguna 2 o más
 1 No sé

41

¿Ha tenido usted una operación de histerectomía?

- Sí No No estoy seguro

42

¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación?

- Menos de 12 años 13
 12 14 o más

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

43

¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

- Menos de 20
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 o más
- No se aplica

44

Con qué frecuencia se examina usted los senos para detectar bultos?

- Mensualmente
- Cada unos cuantos meses
- Casi nunca o nunca

HOMBRES (Mujeres pasen a la pregunta 46)

45

¿Con qué frecuencia se examina usted los testículos para detectar bultos?

- Mensualmente
- Cada unos cuantos meses
- Casi nunca o nunca

46

- Soltero/a (nunca se ha casado)
- Separado/a
- Divorciado/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Otro

47

- Blanco (origen no hispano)
- Negro (origen no hispano)
- Hispano
- Asiático o isleño del Pacífico
- Indio americano / Nativo de Alaska
- Otro

48

- Alguna escuela secundaria o menos
- Graduado de escuela secundaria
- Alguna universidad
- Graduado de universidad
- Título de posgrado o profesional

49

- menos de \$35,000
- \$35,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$100,000 o más



50

En los próximos 6 meses, ¿está usted planificando hacer cambios para mantenerse saludable o mejorar su salud?

	Sí	No	No sé	No lo necesito
Aumentar la actividad física	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rebajar de peso	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el consumo de alcohol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dejar de fumar o reducirlo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el consumo de grasa / colesterol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir la presión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reducir el nivel de colesterol	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar mejor el estrés	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51

En los próximos 6 meses, ¿participaría usted en un programa que le ayudaría a mejorar su estado de salud general?

Sí No No estoy seguro

52

Si es disponible, le gustaría seguir con información y otros servicios para mejorar su salud.
(Si su respuesta es sí, su información tal vez sea usada solo por vendedores aprobados para mejorar su salud durante contacto personal o información escrita.)

Sí No

¡Su privacidad viene primero! Su nombre y número de identificación son requeridos para confirmar su elegibilidad para tomar ventaja de esta Evaluación de Riesgo de Salud (HRA). Más allá de este propósito, su información es considerada anónima. Sus datos son tenidos en confidencia por el Centro de Investigación de Manejamiento de la Salud de la Universidad de Michigan y son usados en conglomerado, forma anónima para reportar y investigación científica.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN