

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____
 Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____
 Correo electrónico del cliente: _____

Sesión 1 (1 semana)

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

Masculino Femenino

Edad: Menor de 5 Entre 5 y 17
 Entre 18 y 59 Más de 60

¿Es usted hispano o latino? Sí No
 (incluye a mexicanos, cubanos, puertorriqueños, residentes de América Central y América del Sur, o cualquier otra cultura hispana o de origen hispano independientemente de la raza).

Raza: *marque todas las opciones que correspondan:*

Indio estadounidense o nativo de Alaska Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Asiático Blanco
 Negro o afroamericano

Actualmente, ¿cuántas personas viven o se alojan con usted en su casa? _____

Preguntas sobre el comportamiento:

1. ¿Con qué frecuencia consume productos de cada grupo de alimentos por día? Entre los grupos de alimentos se incluyen lácteos, granos, frutas, verduras y proteínas.

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

2. En la última semana, ¿cuántas tazas de frutas consumió en un día normal?

Tazas: Ninguna ½ 1 1½ 2 2½ 3 3½ o más

3. ¿Con qué frecuencia consume más de un tipo de fruta por día?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

4. En la última semana, ¿cuántas tazas de verduras consumió en un día normal?

Tazas: Ninguna ½ 1 1½ 2 2½ 3 3½ o más

5. ¿Con qué frecuencia consume más de un tipo de verdura por día?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

6. Al momento de consumir leche, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

Leche entera (con toda la grasa) o reducida en grasa (2 %)

Leche baja en grasa (1 %) o sin grasa (descremada)
 (incluye la leche de soja o de almendras)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo leche
Leche entera (con toda la grasa) o reducida en grasa (2 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche baja en grasa (1 %) o sin grasa (descremada) (incluye la leche de soja o de almendras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Al momento de consumir yogur, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Yogur de leche entera

Yogur bajo en grasa o sin grasa

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo yogures
Yogur de leche entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yogur bajo en grasa o sin grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

8. Al momento de consumir arroz, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

- Arroz integral
- Arroz blanco

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo arroz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Al momento de consumir pastas, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

- Pastas integrales o de trigo
- Pastas normales

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pastas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Al momento de consumir pan o tortillas, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

- Pan o tortillas integrales o de trigo
- Pan o tortillas de harina blanca

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pan ni tortillas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Al momento de consumir cereales, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

- Cereales integrales (avena tostada, salvado, granola, avena)
- Cereales de granos refinados (copos de maíz, arroz inflado)

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo cereales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Al momento de consumir pollo o pavo, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

- Pollo o pavo sin piel
- Pollo o pavo con piel

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pollo ni pavo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Al momento de consumir carne molida, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

- 90 % magra o más
- 80 % u 85 % magra o menos

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo carne molida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Con qué frecuencia consume salchichas, tocino o perros calientes?

- Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

15. En la última semana, ¿cuántas porciones de bebidas con azúcar bebió en un día normal?

(porción = 8 onzas)

- Tazas: Ninguna 1 2 3 4 5 o más

16. ¿Con qué frecuencia consume alimentos bajos en sodio cuando elige productos envasados como sopas o verduras en lata, arroz preenvasado, alimentos congelados, etc.?

- Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

17. ¿Cuántos minutos le dedica a la actividad física en un día normal? _____ minutos

Objetivo/idea general: _____

Códigos del objetivo/idea general:

1. Alcanzar o mantener un peso saludable
2. Planificar las comidas o seguir una alimentación saludable
3. Ser más fuerte o más activo físicamente
4. Seguir una pauta de suplementos o medicamentos
5. Prevenir o controlar la diabetes (prediabetes, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional)
6. Prevenir o controlar la hipertensión o las enfermedades cardiovasculares
7. Prevenir o controlar el estrés
8. Dejar de fumar o vapear
9. Reducir el consumo de alcohol
10. Aumentar o adquirir seguridad alimentaria
11. Otros

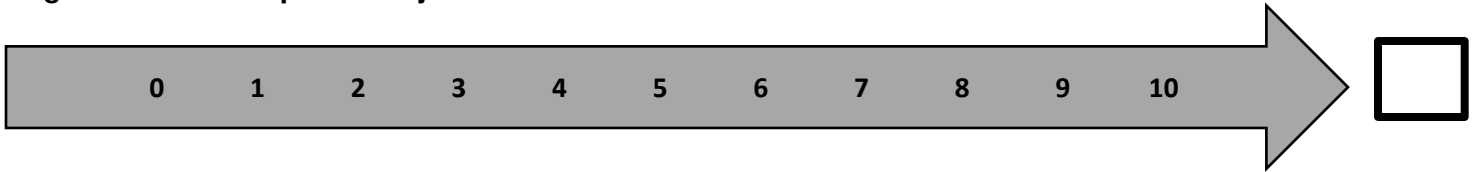
Código del tema del objetivo/idea general:

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Sesión 1, objetivo 1-1:

Tema del objetivo 1-1: _____

Regla de confianza para el objetivo 1-1



Sin confianza

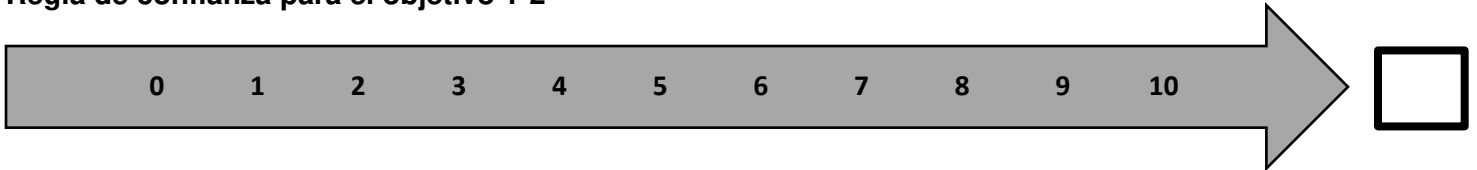
Con algo de confianza

Con mucha confianza

Sesión 1, objetivo 1-2:

Tema del objetivo 1-2: _____

Regla de confianza para el objetivo 1-2



Sin confianza

Con algo de confianza

Con mucha confianza

Códigos del tema del objetivo:

1. ↑ Actividad física
2. Planificación, compras, lectura de etiquetas
3. ↑ Frutas y verduras
4. ↑ Granos enteros
5. ↑ Lácteos bajos en grasa o sin grasa, alimentos con calcio
6. ↑ Proteínas magras
7. ↓ Azúcar, sodio o grasas saturadas; ↑ agua
8. Probar recetas nuevas
9. Plan de MyPlate, tamaño de las porciones
10. Reducir el consumo de bocadillos, comer más consciente
11. Fuentes de alimentos: despensas/móviles
12. Social
13. Medicamentos, suplementos
14. Otros

Notas:



Impreso

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____

Sesión 2 (2 semanas)

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

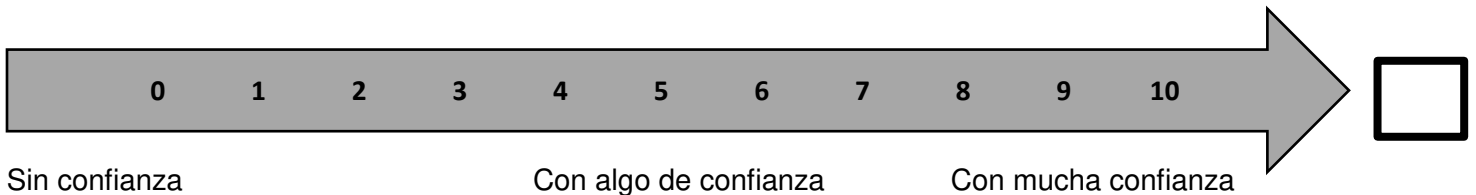
Objetivo(s) de la sesión 1

1. Porcentaje del objetivo 1-1 completado: _____ %
2. Porcentaje del objetivo 1-2 completado: _____ %

Sesión 2, objetivo 2-1:

Tema del objetivo 2-1: _____

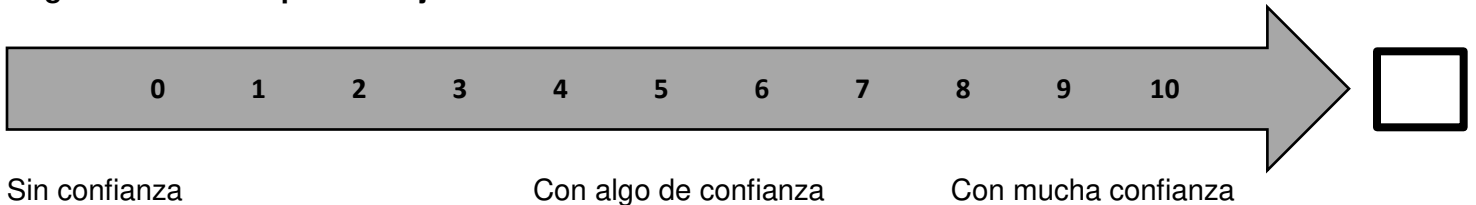
Regla de confianza para el objetivo 2-1



Sesión 2, objetivo 2-2:

Tema del objetivo 2-2: _____

Regla de confianza para el objetivo 2-2



Notas: _____

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____

Sesión 3 (3 semanas)

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

Objetivo(s) de la sesión 2:

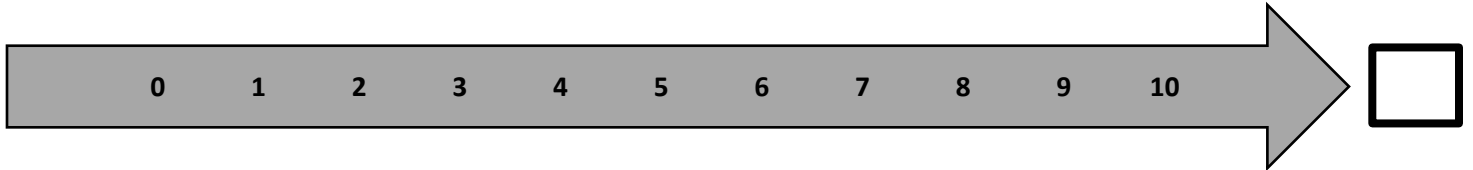
1. Porcentaje del objetivo 2-1 completado: _____ %

2. Porcentaje del objetivo 2-2 completado: _____ %

Sesión 3, objetivo 3-1:

Tema del objetivo 3-1: _____

Regla de confianza para el objetivo 3-1



Sin confianza

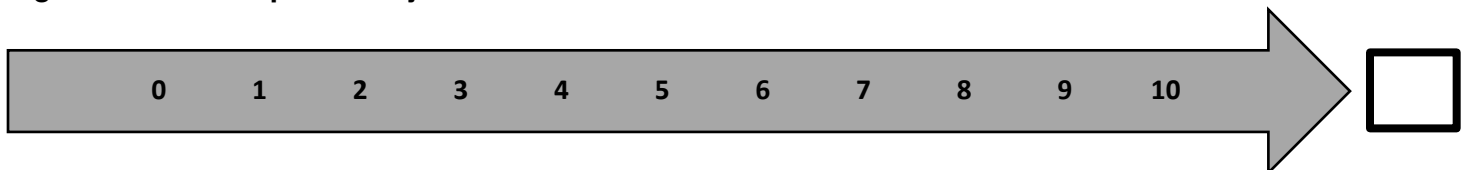
Con algo de confianza

Con mucha confianza

Sesión 3, objetivo 3-2:

Tema del objetivo 3-2: _____

Regla de confianza para el objetivo 3-2



Sin confianza

Con algo de confianza

Con mucha confianza

Notas: _____

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____

Sesión 4 (4 semanas)

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

Objetivo(s) de la sesión 3:

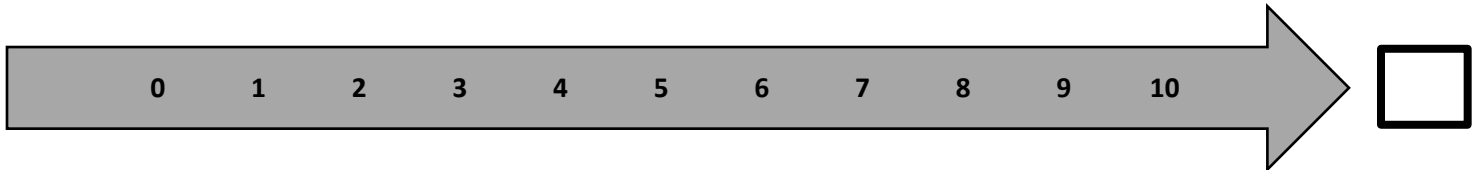
1. Porcentaje del objetivo 3-1 completado: _____ %

2. Porcentaje del objetivo 3-2 completado: _____ %

Sesión 4, objetivo 4-1:

Tema del objetivo 4-1: _____

Regla de confianza para el objetivo 4-1



Sin confianza

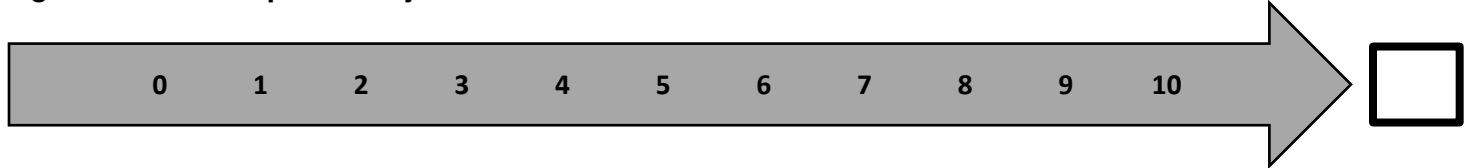
Con algo de confianza

Con mucha confianza

Sesión 4, objetivo 4-2:

Tema del objetivo 4-2: _____

Regla de confianza para el objetivo 4-2



Sin confianza

Con algo de confianza

Con mucha confianza

Notas: _____

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____

Sesión 5 (5 semanas)

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

Objetivo(s) de la sesión 4:

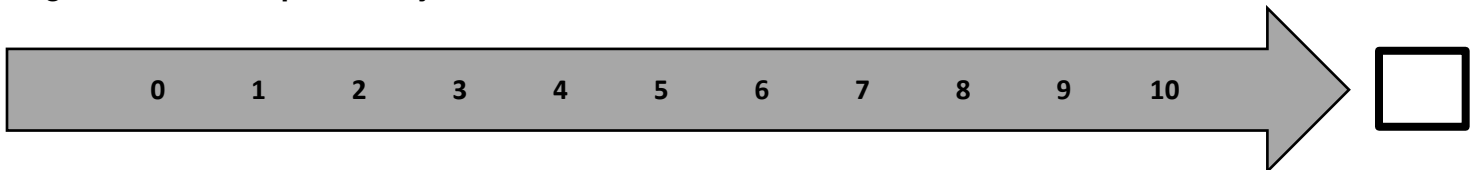
1. Porcentaje del objetivo 4-1 completado: _____ %

2. Porcentaje del objetivo 4-2 completado: _____ %

Sesión 5, objetivo 5-1:

Tema del objetivo 5-1: _____

Regla de confianza para el objetivo 5-1



Sin confianza

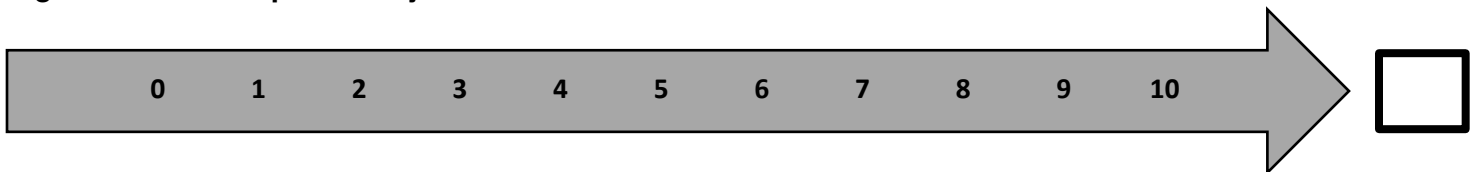
Con algo de confianza

Con mucha confianza

Sesión 5, objetivo 5-2:

Tema del objetivo 5-2: _____

Regla de confianza para el objetivo 5-2



Sin confianza

Con algo de confianza

Con mucha confianza

Notas: _____

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

Nombre del cliente: _____ Núm. de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Nombre del asesor: _____

Sesión 6 (6 semanas)

Ingrese la fecha y la hora de los intentos previos:

¿Completó la sesión? Sí No

Fecha en la que se completó la sesión: ____/____/____

Hora en la que se completó la sesión: ____:____ a. m. o p. m.

	Fecha	Hora
1.º		
2.º		
3.º		

Preguntas sobre el comportamiento:

1. ¿Con qué frecuencia consume productos de cada grupo de alimentos por día? Entre los grupos de alimentos se incluyen lácteos, granos, frutas, verduras y proteínas.

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

2. En la última semana, ¿cuántas tazas de frutas consumió en un día normal?

Tazas: Ninguna ½ 1 1½ 2 2½ 3 3½ o más

3. ¿Con qué frecuencia consume más de un tipo de fruta por día?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

4. En la última semana, ¿cuántas tazas de verduras consumió en un día normal?

Tazas: Ninguna ½ 1 1½ 2 2½ 3 3½ o más

5. ¿Con qué frecuencia consume más de un tipo de verdura por día?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

6. Al momento de consumir leche, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

Leche entera (con toda la grasa) o reducida en grasa (2 %)

Leche baja en grasa (1 %) o sin grasa (descremada)
(incluye la leche de soja o de almendras)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo leche
Leche entera (con toda la grasa) o reducida en grasa (2 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche baja en grasa (1 %) o sin grasa (descremada) (incluye la leche de soja o de almendras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Al momento de consumir yogur, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Yogur de leche entera

Yogur bajo en grasa o sin grasa

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo yogures
Yogur de leche entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yogur bajo en grasa o sin grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Al momento de consumir arroz, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Arroz integral

Arroz blanco

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo arroz
Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Al momento de consumir pastas, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

Pastas integrales o de trigo

Pastas normales

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pastas
Pastas integrales o de trigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastas normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Al momento de consumir pan o tortillas, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Pan o tortillas integrales o de trigo

Pan o tortillas de harina blanca

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pan ni tortillas
Pan o tortillas integrales o de trigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan o tortillas de harina blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario de evaluación para el asesoramiento de salud

11. Al momento de consumir cereales, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Cereales integrales (avena tostada, salvado, granola, avena)
Cereales de granos refinados (copos de maíz, arroz inflado)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo cereales
Cereales integrales (avena tostada, salvado, granola, avena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales de granos refinados (copos de maíz, arroz inflado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Al momento de consumir pollo o pavo, indique la frecuencia con la que elige los siguientes:

Pollo o pavo sin piel
Pollo o pavo con piel

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo pollo ni pavo
Pollo o pavo sin piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollo o pavo con piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Al momento de consumir carne molida, indique la frecuencia con la que elige las siguientes:

90 % magra o más
80 % u 85 % magra o menos

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No consumo carne molida
90 % magra o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 % u 85 % magra o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Con qué frecuencia consume salchichas, tocino o perros calientes?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

15. En la última semana, ¿cuántas porciones de bebidas con azúcar bebió en un día normal?
(porción = 8 onzas)

Tazas: Ninguna 1 2 3 4 5 o más

16. ¿Con qué frecuencia consume alimentos bajos en sodio cuando elige productos envasados como sopas o verduras en lata, arroz preenvasado, alimentos congelados, etc.?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

17. ¿Cuántos minutos le dedica a la actividad física en un día normal? _____ minutos

Objetivo(s) de la sesión 5:

- Porcentaje del objetivo 5-1 completado: _____ %
- Porcentaje del objetivo 5-2 completado: _____ %

Notas: _____

Dirección para incentivos:



¿Se envió el incentivo al participante? Sí No

Impreso