

<b>Primer Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>HASS ID</b> _____	
<b>Fecha</b>	<b>O Masculino</b>	<b>O Femenino</b>	<b>DoB</b>		<b>Edad (años) O No sabe</b>
Evento	Lugar		O Atleta O Compañero Unif.		Deporte
Delegación		Region		País	

**Presion arterial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg

**Evaluación Nutricional**

**Altura** \_\_\_\_•\_\_\_\_ cm  
*Aproximación hasta .01 cm*  
**Peso** \_\_\_\_•\_\_\_\_ kg  
*Aproximación hasta .01 kg*

**Altura** \_\_\_\_ pulgadas  
*Aproximación hasta 1/8 pulgada*  
**Peso** \_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_ oz.  
*Aproximación hasta 1/2 onza*  
**Circunferencia de cintura**  
 \_\_\_\_•\_\_\_\_ cm  
*Aproximación hasta .01 cm*

**Presion Arterial**  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Brazo Izq                      Brazo Der

**Prueba de densidad mineral ósea**

T-score \_\_\_\_•\_\_\_\_ - 9.9 to + 9.9

Requiere referencia para seguimiento  
 O Si O No

**IMC**

\_\_\_\_ IMC (individuos de 18 o mas años de edad)

\_\_\_\_ Percentil IMC (individuos menores de 18 años de edad)



Health

**Dejar de fumar**

Utiliza derivados del tabaco?  
 O Si O No

Si es si, pregunte que productos  
 Cigarrillos    Cigarros    Pipa  
 Mastica tabaco

Está permitido fumar en tu casa?  Si    No

Has fumado mas de 5 paquetes de cigarrillos (100) o mas en tu vida?  Si    No  
 (1 paquete de cigarrillos = 20 cigarrillos)

Cuántas veces usa usted productos derivados del tabaco?  
 Por día \_\_\_\_   Por semana \_\_\_\_   Por mes \_\_\_\_   Por año \_\_\_\_

Hay alguien en su familia que consuma productos derivados del tabaco? (cigarrillos, cigarros, pipa)  
 Si    No

Durante el año pasado, alguna vez usted dejo de fumar durante un día o más debido a su intención de dejar de fumar?  
 Si    No

**Nutricion - Bebidas**

**Que toma usted cuando tiene sed?**

- Agua
- Jugo de fruta
- Bebidas gaseosas
- Bebidas deportivas
- Productos lacteos (incluirl leche de soya)

Primer Nombre	Apellido	HASS ID _____
---------------	----------	---------------

### Nutricion – Otros alimentos

**Utiliza otros alimentos o recibe tabletas nutricionales (p.e, barras deportivas, cereales enriquecidos, bebidas deportivas, suplementos alimenticios como ensure, vitaminas, suplementos proteicos)?**

- barras deportivas, cereales enriquecidos, bebidas deportivas
- suplementos nutricionales
- vitaminas, minerales o suplementos proteicos
- Other \_\_\_\_\_

### Preguntas sobre alimentación según la región

<b>Carne (incluir pollo, pescado o res)</b> <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> mas de una vez por semana <input type="checkbox"/> nunca
<b>Frutas y vegetales</b> <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> mas de una vez por semana <input type="checkbox"/> nunca
<b>Piqueos, picadas, entremeses, bocas, bocadillos</b> <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> mas de una vez por semana <input type="checkbox"/> nunca
<b>Bebidas dulces</b> <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> mas de una vez por semana <input type="checkbox"/> nunca
<b>Menstras o legumbres</b> <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> mas de una vez por semana <input type="checkbox"/> nunca

### Seguridad en el sol

**Su color de cabello es**

- rubio/rojo
- marron
- negro

**Su color de ojos es**

- azules/verdes
- castaños
- marrones

**Cuando usted se expone al sol en el verano, usted:**

- se quema
- se quema y aparecen ampollas
- se quema y luego broncea
- se broncea

**Usted sabe como proteger su piel del sol?**

- Si  No

**Por favor marque todas las que aplican**

- uso de protector solar
- uso de sombrero
- busca sombra
- uso de anteojos o gafas oscuras

**Usted usa protector solar en los meses de invierno?**

- Si  No