**INSTITUTO TECNICO MUNICIPAL LOS PATIOS**

**PROYECTO ENJAMBRE**

**CREATIVOS EN ACCION**

Cuestionario sobre Estilos de Vida Saludable

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con los Estilos de Vida Saludable. Marque con una x la casilla que mejor describa su comportamiento la información suministrada será utilizada únicamente para fines de esta investigación.

**Información General**

1. Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Género

 Masculino

Femenino

3. Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años cumplidos.

4. ¿Padece de alguna enfermedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Ejercicio Físico**

5. ¿Realiza usted algún ejercicio físico regularmente?

 Si

 No

Si su respuesta es No Favor pasar a la pregunta Nº 9

6. ¿En caso de que realice ejercicio físico con qué frecuencia lo realiza?

 1 - 2 veces por semana

 3 – 4 veces por semana

 5 – 6 por semana

 Todos los días

7. Tiempo destinado para ejercicio físico

Menos de 15 min

15 – 30 min

30 -45 min

Más de 45 min

 8. ¿Qué tipo de ejercicio físico realiza con más frecuencia?:

 Caminata

 Andar en bicicleta

 Aeróbicos

 Pesas

 Jugar fútbol

 Nadar

 Yoga

 Baile

**Hábitos alimenticios**

9. ¿Considera usted que su dieta es balanceada?

Si

No

10. ¿Consume comidas rápidas pizza, pollo frito, hamburguesas?

 Siempre

 Frecuentemente

 Algunas veces

 Nunca

11. ¿Qué tipo de proteína consume con mayor frecuencia en su alimentación?

 Carne res

 Pollo

 Pescado

 Carne de cerdo

12. ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en fibra como: cereales integrales, avena, leguminosas, frutas , naranja, linaza entre otros?

 1 - 2 veces por semana

 3 – 4 veces por semana

 5 – 6 por semana

 Todos los días

 No consume

13. ¿Consume frutas?

 1 - 2 veces por semana

 3 – 4 veces por semana

 5 – 6 por semana

 Todos los días

14. Frecuencia de consumo de Gaseosas

Diaria

Semanal

Ocasional

Nunca

**Sueño- estrés**

15. ¿Duerme al menos 8 horas diarias?

 Si

 No

16. ¿Se siente muy estresado con frecuencia?

 Si

 No

17. ¿Considera usted que el nivel de estrés que maneja es?

Bajo

Moderado

 Alto

**Consumo de sustancias**

18. ¿En su casa alguien fuma?

 Si

 No

19. ¿En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

 Menos de 5

 5 – 10

Más de 10

**Autocuidado**

20. ¿Va al odontólogo de forma preventiva al menos una vez al año?

 Si

 No

21.¿Va al médico de forma preventiva al menos una vez al año?

 Si

 No22. ¿Qué tipo de prioridad le daría a las actividades recreativas, físicas, lúdicas o deportivas en la hora de descanso?

Alta

Media

Baja

**GRACIAS.**