**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.**