



PE4ME FORMA DE ADMICION PARA ESTUDIANTES JOVENES

FECHA:   /   /

FECHA DE NACIMIENTO:   /   /

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

# ID DE ESTUDIANTE:

GRADO:

GENERO: M  <sup>1</sup> F  <sup>2</sup>

TELEFONO #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TRABAJO / CASA / CELLULAR (por favor escoja uno)

# ID ESCOLAR:

IDIOMA PRINCIPAL:  <sup>1</sup> ESPAÑOL

<sup>2</sup> INGLES

<sup>3</sup> KOREANO

<sup>4</sup> CHINO

<sup>5</sup> VIETNAMITA

<sup>6</sup> JAPANES

<sup>7</sup> OTRO

ORIGEN:

<sup>1</sup> AFRICANO-AMERICANO

<sup>2</sup> ASIATICO/ISLA PACIFICO

<sup>3</sup> AMERICANO NATIVO

<sup>4</sup> ANGLOSAJON

<sup>5</sup> HISPANO

<sup>6</sup> OTRO

Medico Primario: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Seguro de medico:  Si  No

HISTORIA FAMILIAR: Algún miembro de su familia sufre de los siguiente:

	NIÑOS	PADRES	ABUELOS	TIO/TIA	HERMANOS
DIABETES, ADULTA	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
DIABETES JUVENIL	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
ENFERMEDAD DE CORAZON	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
ATAQUE CARDIACO ANTES DE 50 AÑOS	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
PRESION ALTA	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
OBESIDAD	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
DERRAME CELEBRAL	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>
ASMA	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>	<input type="radio"/> <sup>4</sup>	<input type="radio"/> <sup>5</sup>



**HISTORIA:**

**Medicamentos:**

---

**Alergias:**

---

**Problemas Médicos:**

---

**CUANTAS HORAS AL DIA PARTICIPAS EN:**

	<u>Menos de 2 Horas</u>	<u>2 Horas</u>	<u>Mas de 2 Horas</u>
1. Televisor (TV, Juegos de video, Computadora):	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
	<u>0-2 Veces</u>	<u>3-5 Veces</u>	<u>6 o mas Veces</u>
2. Cuantas veces por semana su hijo/hija consume comida rápida/restaurante?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
3. Cuantas veces por semana su hijo/hija desayuna?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
4. Cuantas veces por semana su hijo/hija participa en 60 o mas minutos en actividades físicas (caminar, correr, bicicleta, deportes)?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
5. Cuantas veces por semana su hijo/hija consume 5 o mas frutas o vegetales al día?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
6. Cuantas veces por semana su hijo/hija consume guzgueras? (galletas, dulce, soda, Cheetos ©, Doritos ©, etc...)	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
7. Cuantas veces por semana su hijo/hija toma 2-3 8 oz vasos de leche al día?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
8. Cuantas veces por semana su hijo/hija consume aperitivos saludables? (frutas, vegetales, granola, rice cakes, etc...)	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
9. Indique por favor el tipo de leche que su hijo/hija consume:	<input type="radio"/> <sup>1</sup> Entera	<input type="radio"/> <sup>2</sup> 2% Desgrasada	<input type="radio"/> <sup>3</sup> Desgrasada
	<input type="radio"/> <sup>4</sup> 1% Desgrasada	<input type="radio"/> <sup>5</sup> Leche de Soya	<input type="radio"/> <sup>6</sup> Ninguna
10. Su hijo/hija normalmente consume aperitivos saludables mientras ve la TV, juega video o usa la computadora?	<input type="radio"/> <sup>1</sup> Siempre	<input type="radio"/> <sup>2</sup> A veces	<input type="radio"/> <sup>3</sup> Nunca

	<u>Muy Importante</u>	<u>Algo Importante</u>	<u>Nada Importante</u>
11. Que tan importante es para usted mejorar su actividad física?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>
12. Que tan importante es para usted mejorar sus hábitos nutricionales?	<input type="radio"/> <sup>1</sup>	<input type="radio"/> <sup>2</sup>	<input type="radio"/> <sup>3</sup>