|  |
| --- |
| **CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)** |

|  |
| --- |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marcar una opción para cada inciso, considerando los últimos 3 meses de vida.** | | | | **Nunca o casi nunca** | | **A veces** | **Con frecuencia: 2 veces en una semana** | **Con mucha frecuencia: más de 2 veces en una semana** |
| **1.-** | **Me ha preocupado engordar.** | |  | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **2.-** | **En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.** | | | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **3.-** | **He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no**  **poder parar de comer).** | | | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **4.-** | **He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.** | |  | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **5.-** | **He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más), para tratar de bajar**  **de peso.** | | | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **6.-** | **He hecho dietas para tratar de bajar de peso.** | |  | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **7.-** | **He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.** | |  | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **8.-** | **He usado pastillas para tratar de bajar de peso.  Especifica Cuál(es)** | |  | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **9.-** | **He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.** | | | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
| **10.-** | **He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación), para tratar**  **de bajar de peso.** | | | **0** |  | **1** | **2** | **3** |
|  |  | **Sumatoria total** | | **0** | **+** |  | **+** | **+** |
|  |  |  |  |  |  | **Total:** | |  |
|  | **Calificación e interpretación** | | | | | | |  |
|  | **Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.** | | | | | | |  |