



Díganos sobre las hábitos de comer y de actividades físicas de su niño(a)

1. ¿Qué tipo de leche bebe su niño(a)? No bebe leche
 Sin grasa o 1% baja en grasa 2% baja en grasa Leche entera Otro: _____
2. ¿Cuánta soda u otras bebidas con azúcar (como té dulce, punch, Kool-Aid®) bebe su niño(a) cada día?
 No las bebe Menos de 0.18 litros (media lata de soda) Más de 0.18 litros
3. ¿Cuánto jugo natural bebe su niño(a) cada día?
 Menos de 0.18 litros (un vaso pequeño) 0.18 a 0.36 litros Más de 0.36 litros
4. ¿Cuántos días a la semana come su niño(a) desayuno?
 Cada mañana Algunas mañanas Raramente/nunca
5. ¿Con qué frecuencia ayuda usted a su niño(a) a decidirse si realmente tiene hambre antes de comer un bocado o segunda porción de comida?
 Mayoría del tiempo Poco del tiempo Raramente/Nunca
6. ¿Cuántos bocados como galletas, helado, chips o comidas rápidas (como patatas fritas) come su niño(a) cada día?
 0 1 2 o más
7. ¿Cuántas porciones de fruta y/o vegetales come su niño(a) cada día?
 5 o más 3 a 4 2 o menos
8. ¿Cuántas comidas en familia (ha cocinado y ha comido en casa) tienen ustedes cada semana?
 5 o más 2 a 4 0 a 1
9. ¿Cuántas veces a la semana come su niño(a) comida comprada fuera de casas (como comida rápida, restaurantes, tiendas convenientes, cafeterías, o maquinas vendedoras)?
 0 a 1 2 a 3 4 o más
10. ¿Cuántas horas de juegos activos hace su niño(a) cada día?
 2 o más 1 0
11. ¿Cuántas horas al día se sienta su niño(a) enfrente de la TV, videos, DVDs o a su ordenador?
 0 1 a 2 3 o más
12. ¿Cuántos días a la semana juega su niño(a) fuera de casa?
 5 o más 3 a 4 2 o menos
13. ¿Cómo se sentiría usted sobre hacer algunos cambios para ayudar a su niño(a) a comer sano o ser activo?
 No tengo interés a hacer cambios en este tiempo.
 No estoy listo a hacer cambios aún, pero quiero saber más.
 Yo estoy listo a hacer algunos cambios ahora y me gustaría la ayuda.
 Ya estoy ayudando a mi niño(a) a comer sano o ser más activo, y no siento que haya mucho más para hacer.

