



Encuesta Para Los Jóvenes Sobre Nutrición Saludable y Actividades

Mientras usted espera, por favor tómese un minuto para contestar las siguientes preguntas sobre lo que come, bebe, ve y cómo juega su hijo(a). Contestando estas preguntas, usted le ayudará a su proveedor a iniciar una plática sobre los hábitos saludables de su hijo(a).

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

| | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mi hijo(a) come 5 o más porciones de frutas y verduras la mayoría de los días. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) desayuna cada día. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) cena con la familia 2 veces por semana o más días. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) hace alguna actividad física en la escuela ó fuera de la escuela por hora o más cada día. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) toma leche descremada o con 1% de grasa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) come fuera o comida rápida en un restaurante 2 veces por semana o más. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) toma jugo, refresco o ponche una vez al día o más. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) ve televisión / videos ó juega en la computadora más de 1 hora al día. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo(a) tiene una televisión en su recamara. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

