



## Encuesta Para Los Jóvenes Sobre Nutrición Saludable y Actividades

Mientras espera, por favor tome un minuto para revisar y responder a las siguientes preguntas sobre sus hábitos de alimentación/bebidas y tiempo empleado viendo televisión y otras actividades. Al contestar estas preguntas ayudará usted a iniciar una conversación con su proveedor de servicios médicos sobre sus hábitos de salud.

Fecha: \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

	SI	NO
Como 5 o más porciones de frutas y verduras la mayoría del tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceno con mi familia 2 veces a la semana o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo algún tipo de actividad física en o fuera de la escuela durante 1 hora o más todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo leche descremada o leche de 1%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como comida rápida de restaurante para llevar a casa o en restaurantes 2 veces por semana o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo jugos, sodas o ponches una vez al día o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veo programas de televisión o videos, juego con juegos para computadoras más de 1 hora al día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un televisor en mi dormitorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

