

# Preguntas sobre un estilo de vida saludable

Por favor de responder a estas preguntas antes de reunirse con su proveedor el día de hoy.

|   |  | Marque con un CÍRCULO el número que le corresponde a su hijo o hija. |            |            |                   |                  |                        |
|---|--|--|------------|------------|-------------------|------------------|------------------------|
|     | ¿Cuántas porciones de fruta consume su hijo/a por lo general cada día?                     | 0  | 1          | 2          | 3 porciones o más |                  |                        |
|   | ¿Cuántas porciones de vegetales cada día?  | 0  | 1          | 2          | 3 porciones o más |                  |                        |
|    | ¿Cuántas horas de televisión, videojuegos o juegos en la computadora cada día?             | 0  | 1          | 2          | 3                 | 4                | 5 horas o más          |
|    | ¿Cuántos minutos de actividad física que hacen transpirar a su hijo/a cada día?            | 0  | 15 minutos | 30 minutos | 45 minutos        | 60 minutos o más |                        |
|   | ¿Cuántas veces al día consume su hijo/a jugo, bebida gaseosa, Kool-Aid o Gatorade?         | 0  | 1          | 2          | 3                 | 4                | 5 bebidas o más        |
|  | ¿Cuántas comidas consume su familia en grupo cada SEMANA sin tener el televisor encendido? | 2 o menos  | 3          | 4          | 5                 | 6                | 7                      |
|  | ¿Cuántas veces por SEMANA desayuna su hijo/a?  | 2 o menos  | 3          | 4          | 5                 | 6                | 7                      |
|  | Por lo general, ¿a que hora se queda dormido su hijo/a por la noche?                       | 7 p.m.   | 8 p.m.     | 9 p.m.     | 10 p.m.           | 11 p.m.          | Medianoche o más tarde |
|   | Por lo general, ¿a que hora se despierta su hijo/a?  | 5 a.m.   | 6 a.m.     | 7 a.m.     | 8 a.m.            | 9 a.m.           | 10 a.m. o más tarde    |

## Inquietudes

¿Cuál es su nivel de preocupación con respecto a las costumbres de alimentación, ejercicio o sueño de su hijo/a? (marque con un círculo)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**No me preocupa para nada**

**Me preocupa mucho**

¿Cuál es su nivel de preocupación con el peso de su hijo/a? (marque con un círculo)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**No me preocupa para nada**

**Me preocupa mucho**