

ENCUESTA DE HÁBITOS SALUDABLES EN LOS NIÑOS

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuántas porciones de **fruta** su hijo/a come por día?
 0-1 2-3 4-5 Más de 5
2. ¿Cuántas porciones de **vegetales** su hijo/a come por día?
 0-1 2-3 4-5 Más de 5
3. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a bebe **jugos**?
4. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a toma **bebidas gaseosas**?
5. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a toma **bebidas energéticas o con saborizantes (Gatorade, Kool-Aid, té dulce, etc.)**?
6. ¿Cuántos vasos de **agua** de 8 oz. bebe su hijo/a cada día?
 0-1 2-3 Más de 4
7. ¿Cuántas porciones de **lácteos** (leche, yogur, queso) come o bebe su hijo/a por día?
 Menos de 3 porciones 3 porciones Más de 3 porciones
8. ¿Cuántas veces por semana ustedes **se sientan a la mesa y cenan como familia**?
 Cero 1-2 3-4 5-6 7
9. ¿Cuántas veces por semana su hijo/a toma **desayuno**?
 Cero 1-2 3-4 5-6 7

ENCUESTA DE HÁBITOS SALUDABLES

EN LOS NIÑOS

10. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a consume **comida para llevar o comida rápida**?

11. ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes dispositivos en la habitación dónde duerme? (marque **TODAS** las opciones que aplican)

Television

Tableta/telefono celular

Computadora

Sistema de videojuegoS

12. Durante el día, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a frente a la **TV, computadora, tableta, teléfono celular o videojuegos**?

Menos de 1 hora

De 1 a 2 horas

De 3 a 4 horas

5 horas o más

13. ¿Cuánto tiempo su hijo/a pasa haciendo **actividad física de moderada a enérgica** (que incluya respiración más rápida, aumento del ritmo cardiaco) por día?

De 0 a 15 minutos

De 15 a 30 minutos

De 30 a 60 minutos

60 minutos

14. **Hábitos alimenticios** (marque **TODAS** las opciones que aplican)

Mi hijo/a se salta comidas

Mi hijo/a come porciones muy grandes

A mi hijo/a le encantan los dulces y no puede evitarlos

Mi hijo/a toma varias bebidas altas en calorías diariamente (leche entera, bebidas gaseosas, jugos, bebidas energéticas)

Mi hijo/a consume bastantes frituras

Con frecuencia mi hijo/a come frente a la televisión o la computadora

Mi hijo/a con frecuencia come dos o más raciones de comida

Usamos la comida como un premio

Mi hijo/a saca comida a escondidas

Mi hijo/a se esconde cuando come

Mi hijo/a no está seguro cuando él/ella está satisfecho

Mi hijo/a come mucho entre comidas

Mi hijo come demasiado rápido

Mi hijo/a come cuando se aburre

Mi hijo/a come cuando está triste/deprimido

Mi hijo/a come cuando se estresa

Mi hijo/a come cuando se enoja

15. En base a sus respuestas, elija **UNA** cosa que le interesaría cambiar **AHORA**

Comer más frutas y vegetales

Retirar de la habitación la televisión, computadora, tableta o sistema de videojuegos

Aumentar la actividad física

Pasar menos tiempo mirando la

televisión o jugando con videojuegos

Limitar el tamaño de las porciones en las comidas y bocadillos

Consumir menos comida rápida/para llevar

Tomar menos jugos, bebidas gaseosas o con saborizantes

Reemplazar las bebidas azucaradas con agua

Cambiar a leche desnatada o con 1 % de gras