

ENCUESTA DE HÁBITOS SALUDABLES PARA NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS

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**?
 Todos los días Una vez a la semana Una vez al mes
 Algunas veces por semana Algunas veces por mes Nunca
4. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a toma **bebidas gaseosas**?
 Todos los días Una vez a la semana Una vez al mes
 Algunas veces por semana Algunas veces por mes Nunca
5. ¿Con cuánta frecuencia su hijo/a toma **bebidas energéticas o con saborizantes (Gatorade, Kool-Aid, té dulce, etc.)**?
 Todos los días Una vez a la semana Una vez al mes
 Algunas veces por semana Algunas veces por mes Nunca
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 PARA NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS

Nombre: _____

Fecha: _____

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los días | <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una vez al mes |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces por semana | <input type="checkbox"/> Algunas veces por mes | <input type="checkbox"/> Nunca |

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

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Tableta/Teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Computadora | <input type="checkbox"/> Sistema de videojuegos |

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

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora | <input type="checkbox"/> De 1 a 2 horas | <input type="checkbox"/> De 3 a 4 horas | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> De 0 a 15 minutos | <input type="checkbox"/> De 15 a 30 minutos | <input type="checkbox"/> De 30 a 60 minutos | <input type="checkbox"/> 60 minutos |
|--|---|---|-------------------------------------|

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a se salta comidas | <input type="checkbox"/> Con frecuencia mi hijo/a come frente a la televisión o la computadora | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come mucho entre comidas |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come porciones muy grandes | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a con frecuencia come dos o más raciones de comida | <input type="checkbox"/> Mi hijo come demasiado rápido |
| <input type="checkbox"/> A mi hijo/a le encantan los dulces y no puede evitarlos | <input type="checkbox"/> Usamos la comida como un premio | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come cuando se aburre |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a toma varias bebidas altas en calorías diariamente (leche entera, bebidas gaseosas, jugos, bebidas energéticas) | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a saca comida a escondidas | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come cuando está triste/deprimido |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo/a consume bastantes frituras | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a se esconde cuando come | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come cuando se estresa |
| | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a no está seguro cuando él/ella está satisfecho | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a come cuando se enoja |

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comer más frutas y vegetales | <input type="checkbox"/> Pasar menos tiempo mirando la televisión o jugando con videojuegos | <input type="checkbox"/> Tomar menos jugos, bebidas gaseosas o con saborizantes |
| <input type="checkbox"/> Retirar de la habitación la televisión, computadora, tableta o sistema de videojuegos | <input type="checkbox"/> Limitar el tamaño de las porciones en las comidas y bocadillos | <input type="checkbox"/> Reemplazar las bebidas azucaradas con agua |
| <input type="checkbox"/> Aumentar la actividad física | <input type="checkbox"/> Consumir menos comida rápida/para llevar | <input type="checkbox"/> Cambiar a leche desnatada o con 1 % de gras |

ENCUESTA DE HÁBITOS SALUDABLES PARA NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS

Nombre: _____

Fecha: _____