

Encuesta sobre el estilo de vida saludable

Patient Label
Here

Edad: _____ Grado en la escuela _____

Raza/origen étnico auto-reportado

Hispano afro-americano caucásico/blanco oriente próximo/ asiático
Isleño del Pacífico indio americano Otra raza _____

1. ¿Cuántas personas de tu propia familia (papá, mamá, abuelos, hermano o hermana) tienen problemas con el exceso de peso? _____

2. En un día promedio, ¿cuántas **horas al día** pasas haciendo lo siguiente?

	Durante la semana	El fin de semana
Viendo televisión:	_____	_____
Usando la computadora:	_____	_____
Jugando juegos de video:	_____	_____
Hablando o mandando textos con el celular:	_____	_____
Leyendo libros:	_____	_____
Haciendo actividad física vigorosa:	_____	_____

¿Tienes un televisor en tu habitación? Sí No

3. ¿Te ha dicho tu doctor si tienes alguna enfermedad relacionada con tu peso? (por ejemplo diabetes, alta presión en la sangre, apnea del sueño, etc.). Si es así, ¿cuáles son? _____

4. ¿Cuántos **días por semana** desayunas? (por favor marca con un círculo)

1 2 3 4 5 6 7

5. En una semana promedio, ¿cuántos **días por semana** comes en un restaurante?

	Restaurante de comida rápida	Otro tipo de restaurante
Desayuno:	_____	_____
Almuerzo	_____	_____
Cena	_____	_____

6. ¿Cuántos días por semana dejas de comer una comida (incluyendo el desayuno)? _____

7. ¿Quién prepara la comida en tu casa? (por favor marca con un círculo)

Yo mismo Mamá Papá Hermano/a Otra persona _____

8. ¿Cuántas veces por semana se sientan a cenar juntos en familia? _____

y de esas cenas ¿cuántas son sin ver televisión? _____)

9. Normalmente ¿quién compra la comida para la casa?

Yo mismo Mamá Papá Hermano/a Otra persona: _____

10. ¿Cuántos **días por semana** participas en una actividad (por 30 minutos por lo menos) que hace que RESPIRES FUERTE, SUDES y TE AUMENTEN LOS LATIDOS DEL CORAZON?

1 2 3 4 5 6 7

¿Cuántos de esos días son por participar en la educación física (PE)? _____

11. ¿Cómo vas y vuelves de la escuela (por ejemplo con carro, a pie o con bicicleta)?

12. En promedio, ¿cuántas porciones (latas o vasos de 8 onzas) de las siguientes bebidas tomas al día?

a. Refresco _____

c. Jugo _____

b. Refresco de dieta _____

d. Agua _____

13. ¿Qué crees tú que es un estilo de vida saludable? _____

14. En una escala del 1 al 10 (si el 1 es que no es importante y el 10 que es muy importante), ¿qué tan importante es para usted que su hijo tenga un peso saludable? (por favor marque con un círculo)

1-2

3-4

5-6

7-8

9-10

15. En una escala del 1 al 10 (si el 1 es no sentirse seguro y el 10 es sentirse muy seguro) ¿qué tan seguro se siente usted que su hijo puede llegar a tener un peso saludable y mantenerlo con éxito? (por favor marque con un círculo)

1-2

3-4

5-6

7-8

9-10

16. ¿Qué opina usted será lo más difícil para hacer los cambios a un estilo de vida saludable para la familia? (por favor marque con un círculo)

Tiempo limitado Apoyo familiar limitado Limitación de transporte Otra razón
