

Nombre _____

Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Hábitos de salud familiar y un Plan de Evaluación



A. ¿CUALES SON SUS HABITOS DE SALUD?

Por favor marque un cuadrado con la respuesta correcta en la mayoría de los días.



1. ¿Normalmente su familia come más de 4 porciones de **FRUTAS Y VERDURAS** cada día? Sí No



2. ¿Le pone límites a la familia sobre cuánto **TIEMPO PASAN EN LA PANTALLA** (Tele, computadora, juegos de video, celular) Sí No



3. ¿Su familia pasa tiempo todos los días en **JUEGOS ACTIVOS** (respirando rápido y sudoración) Sí No



4. ¿En su hogar están disponibles Las **SODAS** o bebidas dulces (jugos de frutas, te dulce, bebidas de deportistas) Sí No

5. ¿En su hogar están disponibles los **BOCADILLOS**, como galletas, helado, dulces o papas fritas Sí No

6. ¿Usualmente su familia come **DESAYUNO**? Sí No

7. ¿Ustedes **COMEN COMIDAS JUNTOS** en familia? Sí No

8. ¿Mantiene la **TELE** u otras **PANTALLAS** electrónicas en el cuarto donde **DUERME**? Sí No

B. ¿ESTA USTED LISTO/A PARA HACER CAMBIOS?

Por favor circule un número.



C. ¿QUE LE GUSTARIA HACER?

Por favor marque un cuadrado y escriba su meta.



Comer más frutas y verduras: _____ porciones al día.



Jugar (sudar y respirar rápido todos los días): _____ minutos



Poner límites en las horas que pasa frente a una pantalla: _____ hora(s) diarias.



Reducir las bebidas azucaradas: Menos de _____ porciones por semana.

Otro: _____

D. ¿QUE HARIA ESTO MAS DIFICIL?

Por favor escriba su respuesta abajo.

E. ¿QUE TAN SEGURO/A ESTA DE QUE PUEDE HACER CAMBIOS?

Por favor circule un número.

