

Nombre \_\_\_\_\_





Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Hábitos Saludables Evaluación y Plan



## A. ¿CUALES SON SUS HABITOS DE SALUD?

Por favor marque en los cuadritos las respuestas verdaderas para la mayoría de los días.

|  |   |                                 |   |   |  |
|--|---|---------------------------------|---|---|--|
|  | 1. ¿Cuántas porciones de <b>FRUTAS Y VERDURAS</b> come su niño/a al día?  | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2                                | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 2. ¿Fuera de la escuela cuántas horas al día pasa su niño/a frente a una <b>PANTALLA</b> (TV, computadora, juegos de video, celular)?   | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2                                | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 3. ¿La mayoría de los días cuántas horas pasa su niño/a <b>JUGANDO ACTIVO/A</b> (Respiración rápida, sudoración)?   | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 30 minutos                         | <input type="checkbox"/> 1 hora                           | <input type="checkbox"/> 2 o más horas |
|  | 4. ¿Cuántas porciones de <b>REFRESCO</b> o bebidas dulces (jugos de frutas, te dulce, bebidas de deportistas) toma su niño/a cada día 1-2 (1 porción=6oz.=3/4 taz =1/2 lata de refresco)? | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2<br>(Hasta 1½ o tazas o 1 lata) | <input type="checkbox"/> 3-4<br>(Hasta 3 tazas o 2 latas) | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 5. ¿Cuántos <b>BOCADILLOS</b> como galletas, helado, dulces o papitas recibe su niño/a cada día?  | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2                                | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 6. ¿Cuántos días a la semana come <b>DESAYUNO</b> su niño/a?  | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2                                | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 7. ¿Cuántos días a la semana se sienta su niño/a <b>COMER</b> a la mesa con la <b>FAMILIA</b> ?   | <input type="checkbox"/> 0      | <input type="checkbox"/> 1-2                                | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 o más       |
|  | 8. ¿Tiene su niño/a <b>TELEVISIÓN</b> en la recamara donde él/ella <b>DUERME</b> ?  | <input type="checkbox"/> Si     | <input type="checkbox"/> No                                 |   |  |
|  | 9. ¿Qué tipo de <b>LECHE</b> toma su niño/a?  | <input type="checkbox"/> Entera | <input type="checkbox"/> 2%                                 | <input type="checkbox"/> Descremada o 1%                  | <input type="checkbox"/> Otro          |

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

Por favor circule un número.

|            |   |   |                   |   |   |   |        |   |    |
|------------|---|---|-------------------|---|---|---|--------|---|----|
| 1          | 2 | 3 | 4                 | 5 | 6 | 7 | 8      | 9 | 10 |
| Todavía no |   |   | Lo estoy pensando |   |   |   | Lista! |   |    |

## C. ¿QUE LE GUSTARIA HACER?

Por favor marque un cuadrito 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.

|                 |   |   |               |   |   |   |              |   |    |
|-----------------|---|---|---------------|---|---|---|--------------|---|----|
| 1               | 2 | 3 | 4             | 5 | 6 | 7 | 8            | 9 | 10 |
| No tan seguro/a |   |   | Algo seguro/a |   |   |   | Muy seguro/a |   |    |