



Cuestionario de Entrada para el Niño o Adolescente

Este cuestionario es importante. Te preguntará acerca del programa *BodyWorks*, tu salud y tus hábitos de alimentación y de ejercicio. Al completar este cuestionario nos ayudarás a mejorar el programa. Tomará alrededor de 20 minutos completarlo.

Por favor lee cada pregunta antes de escribir la respuesta. Selecciona una respuesta por cada pregunta, excepto cuando las instrucciones indiquen que puedes seleccionar más de una. Está bien si brincas una pregunta que no quieres contestar. Haz un círculo alrededor del número de la pregunta que brincaste para saber que la brincaste a propósito.

Esto NO es un exámen. Sé tan honesto(a) como puedas al responder. Sus respuestas se mantendrán privadas.

Por favor escribe la primera y la última inicial del **padre o persona que te cuida que te acompañó al programa.**

[Ejemplo: Para Juan Santos, es J.S. Para Juan Dávila-Santos, es J.D.].

Primera inicial del padre o
persona al cuidado del
adolescente

Última inicial del padre o
persona al cuidado del
adolescente

¿Cuál es tu FECHA DE NACIMIENTO?

[Ejemplo: Escribe 05/22/95 si naciste el 22 de mayo de 1995]

____/____/____
MM DD AA

Si tienes un gemelo(a), indica si tú eres el (la) gemelo(a) mayor o menor.

- Gemelo(a) mayor
 Gemelo(a) menor

¿En dónde tomó lugar el programa **BodyWorks**? Sitio 1 Sitio 2 Sitio 3

1. ¿Cómo te enteraste de **BodyWorks**? (Selecciona una o más respuestas.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre o persona al cuidado del adolescente | <input type="checkbox"/> Escuela/ Maestro(a) | <input type="checkbox"/> Organización comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Médico/proveedor de la salud | <input type="checkbox"/> Volante/ Folleto |
| <input type="checkbox"/> Amigo(a)/ vecino(a) | <input type="checkbox"/> Iglesia, templo u otro lugar religioso | <input type="checkbox"/> Anuncio de periódico, televisión o radio |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

2. ¿Qué te hizo participar en el programa **BodyWorks**?

Yo quería... (Selecciona una o más respuestas)

- Aprender más sobre alimentación saludable.
 Participar de actividades físicas divertidas.
 Mejorar mi salud y/o peso.
 Hacer una actividad con mi padre o persona que me cuida
 Hacer nuevos amigos.
 Otro: _____

3. Ahora mismo, ¿Cómo te sientes acerca de hacer cambios en tus hábitos alimenticios?

No he pensado en hacer ningún cambio.
 Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses.
 Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes.
 Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses.
 He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.

4. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus hábitos alimenticios?

Nada
 Un poco
 Algo
 Mucho

5. Ahora mismo, ¿Cómo te sientes acerca de hacer cambios en tus hábitos de ejercicios?

No he pensado en hacer ningún cambio.
 Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses.
 Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes.
 Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses.
 He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.

6. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus hábitos de ejercicio?

Nada
 Un poco
 Algo
 Mucho

| 7a. ¿Cuán importante es para TI... | No Es Importante Para Nada | No Es Muy Importante | Importante | Muy Importante |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer ejercicios durante una hora todos los días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayudar a tu padre o persona que te cuida a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Prevenir enfermedades que ocurren más tarde en la vida, como enfermedades del corazón, diabetes, y la osteoporosis (una enfermedad que hace que los huesos se rompan fácilmente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 7b. ¿Cuán importante es para tu PADRE O PERSONA QUE TE CUIDA que <u>tú</u> ... | No Es Importante Para Nada | No Es Muy Importante | Importante | Muy Importante |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Comas una dieta saludable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hagas ejercicio durante una hora todos los días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Establezcas metas para mejorar tus hábitos de alimentación y actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. Escribe en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayudes a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



¡Lo estás haciendo bien! ¡Sigue adelante!

| 8. ¿Quieres hacer lo que tu padre o persona que te cuida quiere que tú hagas acerca de... | No, De Ningún Modo | No, Realmente No | Sí, Un Poco | Sí, Definitivamente |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer saludablemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer actividades físicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 9. ¿Crees que puedes... | No, De Ningún Modo | No, Realmente No | Sí, Un Poco | Sí, Definitivamente |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hablar con tu familia acerca de como tú puedes comer alimentos más saludables o recibir más actividades físicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas saludables cada semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Usar las etiquetas nutricionales en los paquetes de alimentos para seleccionar alimentos saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Elegir alimentos y bebidas saludables en el hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Elegir alimentos y bebidas saludables en los restaurantes, incluyendo restaurantes de comida rápida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Planificar las actividades físicas que harás esa semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hacer ejercicios durante una hora todos los días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacer ejercicios aunque hayan barreras, como cuando estás demasiado cansado(a) o muy ocupado(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Elegir estar activo físicamente en lugar de estar viendo televisión o sentado frente a una computadora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacer actividades físicas para fortalecer los huesos (correr o saltar la cuerda)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. El momento más importante en la vida para desarrollar huesos fuertes es cuando eres...

Bebé o un(a) niño(a) pequeño(a) (edad de 0 á 8)
 Niño(a) pre-adolescente o adolescente (edad de 9 á 18)
 Adulto(a) joven (edad 19 á 29)
 Adulto(a) (edad 30 á 54)
 Adulto(a) mayor (edad 55+)
 No sé

11. Un "tamaño porción" es la cantidad de alimento que eliges comer para una comida o merienda.

Cierto Falso No sé

12. Una "porción" está incluida en la etiqueta nutricional y te ayuda a saber cuántas calorías hay en una porción de comida.

Cierto Falso No sé



¡Has hecho más de la mitad! ¡Mantén el paso!

| |
|--|
| <p>13. Los peligros de llevar una dieta poca saludable pueden ser: (Selecciona una o más respuestas)</p> <p><input type="checkbox"/> No obtener los nutrientes suficientes para crecer y desarrollarse.</p> <p><input type="checkbox"/> Tener un mayor riesgo de huesos débiles y osteoporosis más tarde en la vida.</p> <p><input type="checkbox"/> Tener un mayor riesgo de un trastorno alimenticio.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> |
| <p>14. ¿Cuáles alimentos son granos enteros? (Selecciona una o más respuestas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Arroz integral <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Jugo de manzana <input type="checkbox"/> Avena <input type="checkbox"/> No sé</p> |
| <p>15. ¿Cuál sándwich contiene menos grasa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sándwich de pavo con mostaza <input type="checkbox"/> Sándwich de ensalada de atún <input type="checkbox"/> No sé</p> |
| <p>16. ¿Cómo te puede ayudar la actividad física? (Selecciona una o más respuestas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Te ayuda a controlar el peso <input type="checkbox"/> Te ayuda sentirte con menos estrés <input type="checkbox"/> Te da más confianza <input type="checkbox"/> Disminuye tus niveles de vitamina B <input type="checkbox"/> No sé</p> |
| <p>17. Estas caminando. Comienzas a sudar pero todavía puedes hablar con tu amigo(a). Esta actividad es:</p> <p><input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa <input type="checkbox"/> No sé</p> |

| 18. Cuéntanos acerca de los últimos 7 días. ¿Cuántos días TU... | 0 Días | 1-2 Días | 3-4 Días | 5-7 Días |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Escribiste en un diario tus hábitos alimenticios y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trabajaste hacia las metas que te estableciste para comer alimentos saludables y estar activo físicamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ayudaste a planificar comidas y meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ayudaste a comprar alimentos y bebidas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayudaste a preparar comidas o meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comiste un desayuno saludable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Llevaste en bolsa un almuerzo saludable a la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Comiste una comida junto a los miembros de tu familia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Hiciste ejercicios por una hora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hiciste ejercicios con tu padre o persona que te cuida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hiciste ejercicios para fortalecer los huesos (como correr o saltar la cuerda)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Elegiste estar activo en lugar de ver televisión o estar sentado frente a la computadora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 19. Piensa en los últimos 7 días. ¿Tu padre/madre o persona que te cuida te motivó a... | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer ejercicios durante una hora todos los días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y de actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



¡Una página más!

| 20. Piensa en lo que comes en un DÍA PROMEDIO. ¿Cuántas veces comes o bebes... | 0 Veces | 1 Vez | 2 Veces | 3 Veces | 4 Veces | 5+ Veces |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Leche o productos lácteos (yogur, queso) o un sustituto de leche (como leche de soya o de arroz)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Soda o gaseosa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Frutas (incluyendo jugos 100% de frutas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Carne o frijoles (carne, pescado, pollo, tofú, huevo, mantequilla de maní, frijoles cocidos, nueces, semillas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Papas fritas o patatas fritas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vegetales (incluyendo vegetales mezclados en sopa, comida salteada, guiso, cazuela, taco, o tortillas de huevo)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dulces, galletas, torta o pastel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Granos (pan, cereal, arroz, pasta)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Acerca de tí:

| |
|--|
| 21. ¿Eres? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| 22. ¿Qué edad tienes? <input type="checkbox"/> Menos de 9 años <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 12 años <input type="checkbox"/> 14 años <input type="checkbox"/> 9 años 12 años <input type="checkbox"/> 11 años <input type="checkbox"/> 13 años <input type="checkbox"/> Más de 14 años |
| 23. ¿En qué grado estás? <input type="checkbox"/> 4 ^{to} <input type="checkbox"/> 5 ^{to} <input type="checkbox"/> 6 ^{to} <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} <input type="checkbox"/> 9 ^{no} <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| 24. ¿Eres Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 25. ¿Cuál es tu raza? (Selecciona una o más respuestas) <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de Otras Islas del Pacífico |
| 26a. En los últimos 6 meses, ¿has participado en algún programa de educación en salud acerca de nutrición o actividad física fuera del horario de la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 26b. Si marcaste "sí", por favor describe el programa: _____ |
| 27. ¿Cómo describirías tus hábitos alimenticios? <input type="checkbox"/> Para nada saludables <input type="checkbox"/> No Muy Saludable <input type="checkbox"/> Bastante Saludable <input type="checkbox"/> Muy Saludable |
| 28. ¿Cómo describirías tu salud? <input type="checkbox"/> No Saludable Para Nada <input type="checkbox"/> No Muy Saludable <input type="checkbox"/> Bastante saludables <input type="checkbox"/> Muy Saludable |



¡Has terminado! ¡Muchísimas gracias por tu ayuda!