

## Cuestionario de Salida 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. Tus respuestas son privadas.

<p>Por favor escribe la primera y la última inicial del <b>padre o persona que te cuida que te acompañó al programa.</b>  <i>[Ejemplo: Para Juan Santos, es J.S. Para Juan Dávila-Santos, es J.D.].</i></p>	<p>_____</p> <p>Primera inicial del padre o persona al cuidado del adolescente</p>	<p>_____</p> <p>Última inicial del padre o persona al cuidado del adolescente</p>
<p>¿Cuál es tu FECHA DE NACIMIENTO?  <i>[Ejemplo: Escribe 05/22/95 si naciste el 22 de mayo de 1995]</i></p>	<p>____/____/____</p> <p>mes      día      año</p>	
<p><b>Si tienes un gemelo(a)</b>, indica si tú eres el (la) gemelo(a) mayor o menor.</p>	<p><input type="checkbox"/> Gemelo(a) mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Gemelo(a) menor</p>	

<p><b>¿En dónde tomó lugar el programa BodyWorks?</b>    <input type="checkbox"/> Sitio 1    <input type="checkbox"/> Sitio 2    <input type="checkbox"/> Sitio 3</p>
---

<p><b>1. Ahora mismo, ¿Cómo te sientes acerca de hacer cambios en tus <u>hábitos alimenticios</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No he pensado en hacer ningún cambio.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.</p>
<p><b>2. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus <u>hábitos alimenticios</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p>
<p><b>3. Ahora mismo, ¿Cómo te sientes acerca de hacer cambios en tus <u>hábitos de ejercicios</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No he pensado en hacer ningún cambio.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.</p>
<p><b>4. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus <u>hábitos de ejercicio</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p>

Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, o OMB por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0990-XXXX. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 537-H, Washington D.C. 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

5a. ¿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"/>

5b. ¿Cuán importante es para tu PADRE O PERSONA QUE TE CUIDA que tú ...	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. Escribas 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"/>

6. ¿Quieres hacer lo que tu padre o persona que te cuida quieres que tú hagas acerca de...	No, De Ningún Modo	No, Realmente No	Si, Un Poco	Si, 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"/>

7. ¿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"/>

**8. 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

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

Cierto  Falso  No sé

**10. 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

**11. Los peligros de llevar una dieta poca saludable pueden ser:** (Selecciona una o más respuestas)

No obtener los nutrientes suficientes para crecer y desarrollarse.  
 Tener un mayor riesgo de huesos débiles y osteoporosis más tarde en la vida.  
 Tener un mayor riesgo de un trastorno alimenticio.  
 No sé

**12. ¿Cuáles alimentos son granos enteros?** (Selecciona una o más respuestas.)

Arroz integral  Queso  Jugo de manzana  Avena  No sé

**13. ¿Cuál sándwich contiene menos grasa?**

Sándwich de pavo con mostaza  Sándwich de ensalada de atún  No sé

**14. ¿Cómo te puede ayudar la actividad física?** (Selecciona una o más respuestas.)

Te ayuda a controlar el peso  Te ayuda sentirte con menos estrés  Te da más confianza  Disminuye tus niveles de vitamina B  No sé

**15. Estas caminando. Comienzas a sudar pero todavía puedes hablar con tu amigo(a). Esta actividad es:**

Suave  Moderada  Vigorosa  No sé

16. 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"/>

17. 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"/>

18. 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"/>

19. Durante el próximo mes, yo estoy planificando...	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
a. Seleccionar alimentos saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ejercitarme más frecuentemente, incluyendo hacer actividades físicas que fortalezcan los huesos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ejercitarme más frecuentemente con mi padre o persona que me cuida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Establecer y trabajar hacia las metas de nutrición y actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ayudar a planificar, comprar o preparar comidas saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comer un desayuno saludable todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comer junto con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Llevar en bolsa un almuerzo saludable a la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20a. En las pasadas 8 semanas, ¿has participado en algún programa de educación en salud acerca de nutrición o actividad física fuera del horario de la escuela?     No     Sí

20b. Si marcaste "sí", por favor describe el programa:

---



**¡Has terminado! ¡Muchísimas gracias por tu ayuda!**