# 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]***Si tienes un gemelo(a),** indica si tú eres el (la) gemelo(a) mayor o menor. |  / / MM DD AA□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.) |
| □ Padre o persona al cuidado del adolescente□Otro miembro de la familia □Amigo(a)/ vecino(a)□Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □Escuela/ Maestro(a) □Médico/proveedor de la salud□Iglesia, templo u otro lugar religioso  | □ Organización comunitaria□Volante/ Folleto □Anuncio de periódico, televisión o radio |
| **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** |
| 1. Comer alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hacer ejercicios durante una hora todos los días?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y de actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Ayudar a tu padre o persona que te cuida a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. 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)?
 | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7b. ¿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** |
| 1. Comas una dieta saludable?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hagas ejercicio durante una hora todos los días?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Establezcas metas para mejorar tus hábitos de alimentación y actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Escribas en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Ayudes a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?
 | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. ¿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, Definitiva-mente** |
| 1. Comer saludablemente?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hacer actividades físicas?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y de actividad física?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?
 | □ | □ | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. ¿Crees que puedes…**  | **No, De Ningún Modo** | **No, Realmente No** | **Sí,** **Un Poco** | **Sí, Definitiva-mente** |
| 1. Hablar con tu familia acerca de como tú puedes comer alimentos más saludables o recibir más actividades físicas?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas saludables cada semana?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Usar las etiquetas nutricionales en los paquetes de alimentos para seleccionar alimentos saludables?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Elegir alimentos y bebidas saludables en el hogar?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Elegir alimentos y bebidas saludables en los restaurantes, incluyendo restaurantes de comida rápida?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Planificar las actividades físicas que harás esa semana?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hacer ejercicios durante una hora todos los días?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hacer ejercicios aunque hayan barreras, como cuando estás demasiado cansado(a) o muy ocupado(a)?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Elegir estar activo físicamente en lugar de estar viendo televisión o sentado frente a una computadora?
 | □ | □ | □ | □ |
| 1. Hacer actividades físicas para fortalecer los huesos (correr o saltar la cuerda)?
 | □ | □ | □ | □ |

|  |
| --- |
| **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  |

|  |
| --- |
| **13. 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 |
| **14. ¿Cuáles alimentos son granos enteros?** (Selecciona una o más respuestas.) |
| □ Arroz integral  | □ Queso | □ Jugo de manzana | □ Avena | □ No sé |
| **15. ¿Cuál sándwich contiene menos grasa?**  |
| □ Sándwich de pavo con mostaza  |  □ Sándwich de ensalada de atún | □ No sé  |
| **16. ¿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 |
| **17. Estas caminando. Comienzas a sudar pero todavía puedes hablar con tu amigo(a). Esta actividad es:** |
| □ Suave  | □ Moderada | □ Vigorosa | □ No sé |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **19. Piensa en los últimos 7 días. ¿Tu padre/madre o persona que te cuida te motivó a…** | **No** | **Sí** |
| 1. Comer alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles?
 | □ | □ |
| 1. Hacer ejercicios durante una hora todos los días?
 | □ | □ |
| 1. Establecer metas para mejorar tus hábitos de alimentación y de actividad física?
 | □ | □ |
| 1. Escribir en un diario acerca de tus hábitos de alimentación y actividad física?
 | □ | □ |
| 1. Ayudar a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?
 | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| 1. Leche o productos lácteos (yogur, queso) o un sustituto de leche (como leche de soya o de arroz)?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Soda o gaseosa?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Frutas (incluyendo jugos 100% de frutas)?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Carne o frijoles (carne, pescado, pollo, tofú, huevo, mantequilla de maní, frijoles cocidos, nueces, semillas)?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Papas fritas o patatas fritas?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Vegetales (incluyendo vegetales mezclados en sopa, comida salteada, guiso, cazuela, taco, o tortillas de huevo)?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Dulces, galletas, torta o pastel?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 1. Granos (pan, cereal, arroz, pasta)?
 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

**Acerca de tí:**

|  |
| --- |
| **21. ¿Eres?**□Hombre □Mujer |
| **22. ¿Qué edad tienes?**  |
| □ Menos de 9 años□ 9 años 12 años | □ 10 años□ 11 años | □ 12 años□ 13 años  | □ 14 años□ Más de 14 años |
| **23. ¿En qué grado estás?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □4to | □5 to | □ 6 to | □ 7mo | □ 8vo | □ 9no | □ 10mo | □ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| **24. ¿Eres Hispano o Latino?** □ No □ Sí |
| **25. ¿Cuál es tu raza?** (Selecciona una o más respuestas) |
| □ Negro o Africano americano □ Blanco | □ Indio Americano o Nativo de Alaska□ Nativo de Hawaii o de Otras Islas del Pacífico  | □ Asiático  |
| **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?** □ No □ Sí **26b. Si marcaste “sí”, por favor describe el programa**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **27. ¿Cómo describirías tus hábitos alimenticios?** |
| □ Para nada saludables | □ No Muy Saludable | □ Bastante Saludable | □ Muy Saludable |
| **28. ¿Cómo describirías tu salud?** |
| □ No Saludable Para Nada | □ No Muy Saludable | □ Bastante saludables | □ Muy Saludable |

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