



Cuestionario de Entrada del Padre o Persona al Cuidado del Niño o Adolescente

La Oficina para la Salud de la Mujer quiere saber cómo el programa BodyWorks le está ayudando a usted, a su hijo(s) y al resto de su familia. Al completar este cuestionario podrá ayudar a mejorar el programa.

Completar este cuestionario tomará alrededor de 20 minutos. El cuestionario incluye preguntas acerca del programa *BodyWorks*, sus hábitos de alimentación y actividad física, y acerca de su(s) hijo(s). Cuando el cuestionario le pregunte acerca de "su hijo(s)", responda la pregunta pensando en el hijo(a) o hijos(as) que participará(n) en *BodyWorks*. Por favor seleccione una respuesta por cada pregunta, excepto cuando las instrucciones indiquen lo contrario. Sus respuestas se mantendrán privadas.

Por favor escriba SUS iniciales:	_____	_____
[Ejemplo: Para <u>Juan Santos</u> , es J.S. Para <u>Juan Dávila-Santos</u> , es J.D.]	Primera inicial	Segunda inicial

Por favor escriba la FECHA DE NACIMIENTO de su hijo(s) que participan en el programa BodyWorks con usted. [Ejemplo: Escriba 05/22/95 si su hija nació el 22 de mayo de 1995]		
Hijo #1:	Hijo #2 (SI SE APLICA):	Hijo #3 (SI SE APLICA):
_____/_____/_____ mes día año	_____/_____/_____ mes día año	_____/_____/_____ mes día año

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

1. ¿Cómo se enteró de <i>BodyWorks</i>? (Selecciona una o más respuestas.)		
<input type="checkbox"/> Mi(s) hijo(s)	<input type="checkbox"/> Médico/proveedor de la salud	<input type="checkbox"/> Trabajo
<input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Iglesia, templo u otro lugar religioso	<input type="checkbox"/> Volante/ Folleto
<input type="checkbox"/> Amigo(a)/ vecino(a)	<input type="checkbox"/> Organización comunitaria	<input type="checkbox"/> Anuncio de periódico, televisión o radio
<input type="checkbox"/> Escuela/ Maestro(a)		
<input type="checkbox"/>		
Otro: _____		

2. ¿Qué le hizo participar en el programa BodyWorks? (Seleccione una o más respuestas)

Yo quería aprender más sobre nutrición y/o preparar alimentos saludables para mi familia.

Yo quería aprender más acerca de estar activo físicamente.

Estaba preocupado(a) por el peso y/o salud de mi(s) hijo(a) o hijos(as).

Estaba preocupado por mi propia salud y/o peso.

Yo quería participar en una actividad con mi hijo(a) o hijos(as).

Yo quería el apoyo de un grupo que me ayude en mis esfuerzos para cambiar la forma en que mi familia come y se ejercita.

Otro: _____

3. Ahora mismo, ¿Cómo se siente acerca de hacer cambios a sus 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 quiere hacer cambios a sus hábitos alimenticios?

Nada

Un poco

Algo

Mucho

5. Ahora mismo, ¿Cómo se siente acerca de hacer cambios a sus 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 sus hábitos de ejercicio?

Nada

Un poco

Algo

Mucho

7. ¿Cuán importante es para USTED...	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 2.5 horas cada semana (que puede ser 30 minutos cada día, en plazos de 10 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Establecer metas para mejorar sus 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 sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables para su familia?	<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"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La pregunta 7b se trata del hijo(a) o los hijos(as) que vinieron con usted al programa BodyWorks.

7b. ¿Cuán importante es para usted que SU hijo(a) o hijos(as) esté(n)...	No es importante para nada	No es muy importante	Importante	Muy Importante
a. Comiendo alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haciendo ejercicios durante una hora todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estableciendo metas para mejorar sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Escribiendo en un diario acerca de sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ayudándole a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comiendo alimentos saludables y haciendo actividad física temprano durante su niñez y adolescencia para 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"/>

8a. ¿Cree que puede...	No, de Ningún Modo	No, Realmente No	Sí, Un Poco	Sí, Definitivamente
a. Hablar con tu familia acerca de como todos pueden comer alimentos más saludables o recibir más actividades físicas??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Proveer alimentos saludables cada semana (incluyendo planificar, comprar, o preparar comida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Usar las etiquetas nutricionales en los empaques 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. Ejercitarse por 2.5 horas cada semana (que puede ser 30 minutos cada día, en plazos de 10 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hacer ejercicios aunque hayan barreras como cuando está demasiado cansado(a) o muy ocupado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pregunta 8b se trata del hijo(a) o los hijos(as) que vinieron con usted al programa BodyWorks.

8b. ¿Cree que puede Usted ayudar a su hijo(a) o hijos(as) a...	No, de ningún modo	No, Realmente No	Si, un poco	Si, definitivamente
a. Que le ayude a proveer alimentos saludables cada semana (incluyendo planificar, comprar y preparar comidas?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Elegir alimentos y bebidas saludables, incluyendo alimentos con calcio y vitamina D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Elegir alimentos y bebidas saludables en los restaurantes, incluyendo los restaurantes de comida rápida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Limitar la computadora y/o televisión para que su hijo(a) pueda pasar más tiempo estando activo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ejercitarse por 60 minutos cada día, incluyendo hacer ejercicios para fortalecer los huesos (correr o saltar cuerda u otra actividad de alto impacto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

Cierto Falso No sé

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

Cierto Falso No sé

12. 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

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

Arroz integral Queso Jugo de manzana Avena No sé

14. ¿Cuál sándwich contiene menos grasa?

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

15. ¿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

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

Suave Moderada Vigorosa No sé

17. Cuéntenos acerca de los últimos 7 días. ¿Cuántos días USTED...	0 Días	1-2 Días	3-4 Días	5-7 Días
a. Escribió en un diario sus hábitos alimenticios y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajó hacia las metas que estableció para comer alimentos saludables y estar activo(a) físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Planificó comidas saludables para la semana, incluyendo hacer una lista de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Compró alimentos y bebidas saludables para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se aseguró de preparar alimentos y meriendas saludables para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se aseguró de que su familia comiera un desayuno saludable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comió una cena junto a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se ejercitó por un total de 30 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se ejercitó con su hijo(a) o hijos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Se aseguró que su hijo(a) o hijos(as) hicieran ejercicios por una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Piensa en lo que come Usted en un DÍA PROMEDIO, ¿Cuántas veces come o bebe...	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 USTED

19. ¿Cuál es su género?		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
20. ¿Qué edad tiene?			
<input type="checkbox"/> 18 - 21	<input type="checkbox"/> 22 - 30	<input type="checkbox"/> 31 - 40	<input type="checkbox"/> 41 - 50 <input type="checkbox"/> 51 - 60 <input type="checkbox"/> 60+
21. ¿Es Hispano o Latino?			
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí	
22. ¿Cuál es su raza? (Selecciona una o más respuestas).			
<input type="checkbox"/> Negro o africano americano	<input type="checkbox"/> India americano o Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii o de Otras Islas del Pacífico		
23. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?			
<input type="checkbox"/> Escuela Primaria (grados 1-8)	<input type="checkbox"/> Título Asociado (2-años)	<input type="checkbox"/> Título Universitario (4-años)	
<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria (grados 9-11)	<input type="checkbox"/> Título de Posgrado		
<input type="checkbox"/> Título de Escuela Secundario "GED"			
24. Por favor marque la categoría que representa el ingreso anual de su hogar.			
<input type="checkbox"/> Menos de \$15,000	<input type="checkbox"/> 35,000-\$49,999	<input type="checkbox"/> \$75,000-\$99,999	<input type="checkbox"/> Más de \$150,000
<input type="checkbox"/> \$15,000-\$34,999	<input type="checkbox"/> \$50,000-\$74,999	<input type="checkbox"/> \$100,000-\$149,000	
25. Número de hijos:		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más
26a. En los últimos 6 meses, ha 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 marcó "sí", por favor describa el programa: _____			
27. ¿Cómo describiría sus hábitos alimenticios?			
<input type="checkbox"/> Para Nada Saludables	<input type="checkbox"/> No Muy Saludables	<input type="checkbox"/> Bastante Saludables	<input type="checkbox"/> Muy Saludables
28. ¿Cómo describe sus hábitos de actividad física?			
<input type="checkbox"/> Para Nada Saludables	<input type="checkbox"/> No Muy Saludables	<input type="checkbox"/> Bastante Saludables	<input type="checkbox"/> Muy Saludables
29. ¿Cuánto mide de altura? _____		30. ¿Cuánto pesa? _____	
<input type="checkbox"/> Pies y pulgadas		<input type="checkbox"/> Libras	
<input type="checkbox"/> Centímetros		<input type="checkbox"/> Kilos	

Las siguientes preguntas son acerca del hijo(a) o hijos(as) que le acompañaron al programa BodyWorks. Si solo le acompañó un hijo(a) a BodyWorks, por favor complete la sección rotulada "Niño(a) #1" solamente.

Niño (a) #1: Niña Niño

34. ¿Cuál es su relación con el niño(a) que está participando en el programa BodyWorks con usted? <input type="checkbox"/> Madre o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o padrastro <input type="checkbox"/> Abuela o tía <input type="checkbox"/> Abuelo o tío <input type="checkbox"/> Otro: _____	
35. En promedio, ¿cuántos días a la semana el niño(a) vive con usted? <input type="checkbox"/> Menos de 1 día <input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> 2 días <input type="checkbox"/> 3-4 días <input type="checkbox"/> 5-6 días <input type="checkbox"/> 7 días	
36. ¿Cuántos años tiene el niño(a)? <input type="checkbox"/> 9 or less <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14+	37. ¿En qué grado está el niño(a)? <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: _____
38. ¿Cuánto mide de altura el niño (a)? _____ Pies y pulgadas (o centímetros)	39. ¿Cuánto pesa el niño (a)? _____ Libras (o kilos)

Niño (a) #2 (si procede): Niña Niño

40. ¿Cuál es su relación con el niño(a) que está participando en el programa BodyWorks con usted? <input type="checkbox"/> Madre o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o padrastro <input type="checkbox"/> Abuela o tía <input type="checkbox"/> Abuelo o tío <input type="checkbox"/> Otro: _____	
41. En promedio, ¿cuántos días a la semana el niño(a) vive con usted? <input type="checkbox"/> Menos de 1 día <input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> 2 días <input type="checkbox"/> 3-4 días <input type="checkbox"/> 5-6 días <input type="checkbox"/> 7 días	
42. ¿Cuántos años tiene el niño(a)? <input type="checkbox"/> 9 or less <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14+	43. ¿En qué grado está el niño(a)? <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: _____
44. ¿Cuánto mide de altura el niño (a)? _____ Pies y pulgadas (o centímetros)	45. ¿Cuánto pesa el niño (a)? _____ Libras (o kilos)

Niño (a) #3 (si procede): Niña Niño

46. ¿Cuál es su relación con el niño(a) que está participando en el programa BodyWorks con usted? <input type="checkbox"/> Madre o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o padrastro <input type="checkbox"/> Abuela o tía <input type="checkbox"/> Abuelo o tío <input type="checkbox"/> Otro: _____	
47. En promedio, ¿cuántos días a la semana el niño(a) vive con usted? <input type="checkbox"/> Menos de 1 día <input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> 2 días <input type="checkbox"/> 3-4 días <input type="checkbox"/> 5-6 días <input type="checkbox"/> 7 días	
48. ¿Cuántos años tiene el niño(a)? <input type="checkbox"/> 9 or less <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14+	49. ¿En qué grado está el niño(a)? <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: _____
50. ¿Cuánto mide de altura el niño(a)? _____ Pies y pulgadas (o centímetros)	51. ¿Cuánto pesa el niño(a)? _____ Libras (o kilos)