



## 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.

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. 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.

### 2. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus hábitos alimenticios?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

### 3. 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.

<b>4. ¿Cuánto quieres hacer cambios a tus <u>hábitos de ejercicio</u>?</b>				
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho				
<b>5a. ¿Cuán importante es para TI...</b>	<b>No Es Importante Para Nada</b>	<b>No Es Muy Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Muy Importante</b>
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"/>

<b>5b. ¿Cuán importante es para tu PADRE O PERSONA QUE TE CUIDA que tú ...</b>	<b>No Es Importante Para Nada</b>	<b>No Es Muy Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Muy Importante</b>
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"/>

<b>6. ¿Quieres hacer lo que tu padre o persona que te cuida quieres que tú hagas acerca de...</b>	<b>No, De Ningún Modo</b>	<b>No, Realmente No</b>	<b>Si, Un Poco</b>	<b>Si, Definitivamente</b>
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"/>					
b. Soda o gaseosa?	<input type="checkbox"/>					
c. Frutas (incluyendo jugos 100% de frutas)?	<input type="checkbox"/>					
d. Carne o frijoles (carne, pescado, pollo, tofú, huevo, mantequilla de maní, frijoles cocidos, nueces, semillas)?	<input type="checkbox"/>					
e. Papas fritas o patatas fritas?	<input type="checkbox"/>					
f. Vegetales (incluyendo vegetales mezclados en sopa, comida salteada, guiso, cazuela, taco, o tortillas de huevo)?	<input type="checkbox"/>					
g. Dulces, galletas, torta o pastel?	<input type="checkbox"/>					
h. Granos (pan, cereal, arroz, pasta)?	<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"/>



**¡Has hecho más de la mitad!**

Esta sección preguntará acerca de tu experiencia con el programa BodyWorks.

<p><b>20. ¿A cuántas sesiones asististe?</b> (Haz un círculo alrededor de una opción.)</p> <p>1      2      3      4      5      6      7      8      Más de 8</p>
<p><b>21. Si faltaste a una o más sesiones, ¿cuáles fueron las razones?</b> (Selecciona una o más respuestas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba ocupado(a) con otra cosa</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba enfermo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> No tenía transporte</p> <p><input type="checkbox"/> No me gustaron los miembros del grupo</p> <p><input type="checkbox"/> No complete las tareas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>

22a. La lista siguiente contiene actividades que los entrenadores quizás hicieron para motivar a las personas a seguir viniendo a BodyWorks. Si tu entrenador(a) NO hizo esta actividad, por favor marca "Mi entrenador(a) no hizo esta actividad." Si tu entrenador(a) hizo estas cosas, por favor marca cuánto esta actividad te motivó para seguir viniendo a BodyWorks.

¿Cuánto te motivó a seguir asistiendo a las sesiones de BodyWorks cuando tu entrenador(a)...?	Mi entrenador(a) NO HIZO esto.	No, de ningún modo	No, Realmente no	Sí, Un Poco	Sí, Definitivamente
a. Te contactó antes de la sesión para recordarte que asistieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Te contactó cuando faltaste a alguna sesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Te dió premios como cupones, certificados de regalo, botellas de agua o camisetas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ofreció cuidado de niños mientras tú y tu padre o persona que te cuida asistieron a las sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Otro (por favor especifica): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22b. Si tu entrenador(a) te dió premios para participar en BodyWorks, por favor describe los premios que recibiste: \_\_\_\_\_

23. La lista siguiente contiene artículos incluidos en el la Guía de BodyWorks. Si NO usaste algún artículo de la Guía, por favor marca "Yo NO usé este artículo de la Guía." Por favor indica cuán útiles fueron estos artículos para ti.

¿Cuán útiles fueron los siguientes artículos de la Guía de BodyWorks?	Yo NO usé este artículo de la Guía	Para Nada Útil	No Muy Útil	Útil	Muy Útil
a. La Guía "Body Basics" Para Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diario de comidas y actividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El Diario "Best Journal Ever" Para Niñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El DVD de BodyWorks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Planificador semanal de comidas en forma de imán para el refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Recetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Lista de Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. La Guía "For Teens" Para Las Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. La Guía "For Guys" Para Los Adolescentes Varones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**¡Solo dos páginas más! ¡Lo estás haciendo muy bien!**

**24. ¿Cuán frecuente usaste cualquiera de los artículos en la Guía con tu padre o persona que te cuida fuera de las sesiones de BodyWorks?**

Nunca  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 Dos o más veces por semana

**25. Si algunos artículos del Guía de BodyWorks no fueron útiles, ¿cómo se podrán mejorar?**

---



---



---

26. El entrenador (o entrenadores)...	Completamente En Desacuerdo	En desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
a. Llegó a tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estaba bien preparado(a) para cada sesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Conocía mucho de los temas de discusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me hizo sentir cómodo(a) en el grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me trató con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se conectó bien con el grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Incluyó a todos en las actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Manejó cualquier problema que surgió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Piensa sobre el programa BodyWorks. ¿Cuánto te gustó...	No Me Gustó Para Nada	Me Gustó Un Poco	Me Gustó	Me Gustó Mucho
a. Dónde las sesiones de BodyWorks tomaron lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuándo las sesiones de BodyWorks tomaron lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cuánto duró cada una de las sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El número de sesiones para padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El número de sesiones para niños o adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La estructura del programa en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**¡Solo una página más!**

28. ¿Cuánto te gustó...	No Me Gustó Para Nada	Me Gustó Un Poco	Me Gustó	Me Gustó Mucho
a. El tema de las sesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Las actividades/demostraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Meriendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Las Actividades físicas o “energizantes”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El programa de BodyWorks en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 ¿Qué mejoraría el programa BodyWorks? (Escribe tu respuesta en el espacio siguiente.)

---

---

---

30a. En las últimas 8 semanas, participaste en algún programa de educación en salud sobre nutrición o actividad física a parte de BodyWorks?  No  Sí

30b. Si marcaste “sí”, por favor describe el programa:

---

---

---



**¡Has terminado! ¡Gracias por tu ayuda!**