

Name: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

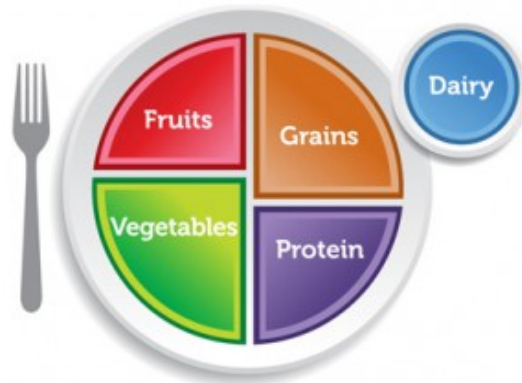
OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**OMB BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0523. The time required to complete this information collection is estimated to average 90 minutes response, including time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.

**Attachment G – Parent/Caregiver Survey (Administered During the Focus Group)**

- 1) **Last week, did your family participate in a physical activity together?**  
 yes if yes, what was it? \_\_\_\_\_  
 no
  
- 2) **During a typical week, how often does your child eat breakfast?**  
 1-2 days  
 3-4 days  
 5-6 days  
 7 days
  
- 3) **Does your child’s school invite parents/caregivers to eat meals (lunch or breakfast) with the children in school?**  
 yes - if yes, have you ever eaten a meal at your child’s school? Yes / No  
 no
  
- 4) **Over the past month, have you tried something new to help your child make healthier food choices?**  
 yes if yes, what was it? \_\_\_\_\_  
 no
  
- 5) **Have you ever seen this image before?**  
 yes  
 no

6) **What does this image mean to you?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**OMB Declaración de Carga:** Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que éste lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0584-0524. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 10 minutos para el encuestador, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

### Anexo G – Encuesta para Padres/Cuidadores (administrada durante el grupo de discusión)

1. La semana pasada, usted y su familia participaron en alguna actividad física juntos?  
 Si, si Si Cual actividad fue esa? \_\_\_\_\_  
 no
2. Durante una semana típica, cuantas veces come su hijo/a el desayuno?  
 1-2 días  
 3-4 días  
 5-6 días  
 7 días
3. ¿La escuela de su hijo/a lo ha invitado a Ud. (padres/cuidadores) a comer alguna comida, desayuno o almuerzo, cuando los niños han estado en la escuela?  
 Si - Si ha respondido que sí, ha comido Ud. alguna vez en la escuela de su hijo/a SI / No  
 no
4. Durante el mes pasado, ha probado algo nuevo para ayudar a su hijo/a tomar decisiones saludables sobre la comida?  
 Si Si ha respondido que sí, que fue eso? \_\_\_\_\_  
 no
5. Ha visto esta imagen anteriormente?  
 yes  
 no

6. Que significa esta imagen para Ud.?

---

---

---

---

