



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

APPENDIX C-2 – USDA SEGMENTATION SURVEY - SPANISH

USDA - CNPP

| Audience | Source | Desired Total Completes |
|--|--------|-------------------------|
| General Population (English language) | Online | 2,000 |
| Oversample “healthy Americans” (low-income, healthy) | | 400 |
| Hispanics (Spanish-dominant) | Online | 300 |

INTRODUCTORY QUESTIONS

[After providing consent for the survey, participants respond to 14 introductory questions, presented in Attachment B-1/B-2 Online Survey Screener. Responses to Q10 through Q14 on the screener determine if participant will be included in the Spanish language or English language sample]

Gracias. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas.

1. Al pensar en las distintas prioridades en su vida, ¿cuál de las siguientes son las más importantes para usted? (Seleccione hasta 3)

[RANDOMIZE]

- 1 La fe/espiritualidad
- 2 Sentirme bien con respecto a mi imagen corporal
- 3 Tener energía para hacer las cosas que me gustan
- 4 El ejercicio/estar en forma
- 5 Comer comida sana



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- 6 Evitar los alimentos que sé que no son buenos para mi
 - 7 Mantener una relación cercana con amigos y familiares
 - 8 Mantener un peso saludable
 - 9 Progresar en mi carrera profesional
 - 10 Mejorar mi nivel de educación
 - 11 Mantener una seguridad financiera
 - 12 Prevenir una enfermedad o lesión seria/crónica en el futuro
 - 13 Prevenir enfermedades o lesiones durante el día a día
 - 14 Reducir estrés
 - 15 Ninguna **[FIXED. EXCLUSIVE]**
2. ¿Cuán bien le describen a usted las siguientes frases?
The purpose of this battery is to understand the degree to which "structure" in general is a part of their life.
- 1 Me describe perfectamente
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 No me describe para nada
 - 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- 1 Yo soy altamente organizado/organizada
- 2 Yo me pongo metas a seguir
- 3 Usualmente alcanzo mis metas
- 4 Yo no tengo una rutina predecible
- 5 A mí me gusta ser espontáneo/espontánea
- 6 Yo tiendo a dejar las cosas hasta el último minuto

Knowledge and Attitudes around Food and Food Rules

3. Generalmente, ¿cómo describiría usted sus sentimientos con respecto a la comida? *This question will provide an initial read on the respondent's relationship with food in general.*



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

We saw in the FGs that some people do not have any kind of emotional relationship with food.

- 1 ¡Amo la comida! Juega un rol central en mi vida.
 - 2 Me interesa mucho la comida, a pesar de que no juega un rol central en mi vida.
 - 3 No tengo una opinión firme con respecto a la comida. Algunas veces me importa, otras no.
 - 4 La mayoría del tiempo no me interesa mucho la comida y la veo más que nada como una necesidad del cuerpo.
 - 5 No tengo ningún sentimiento fuerte con respecto a la comida. Es sólo algo que mi cuerpo necesita para alimentarse.
 - 7 No sé/No estoy seguro/No estoy segura
4. Como parte de su rutina diaria, ¿cuánta importancia le da usted a las siguientes actividades?
This question will provide a deeper read on the respondent's relationship with food; whether they find it exciting or just a fact of life.
- 1 Mucha importancia
 - 2 Bastante importancia
 - 3 Neutral
 - 4 Poca importancia
 - 5 Nada de importancia
 - 8 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- a. La compra de alimentos
- b. Desarrollar ideas para las comidas
- c. Crear un menú fijo para las comidas
- d. Cocinar
- e. Probar comida que nunca antes haya probado
- f. Comer fuera



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

5. Para cada frase, por favor responda si usted está muy de acuerdo, algo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo en desacuerdo, muy en desacuerdo.

This battery is designed to gauge attitudes and knowledge around healthy and unhealthy eating.

- 1 Muy de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Muy en desacuerdo
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- 1 Tengo confianza en mi habilidad para escoger comida sana.
- 2 Siempre y cuando estén disponibles, leo las etiquetas de nutrición de las comidas que compro.
- 3 La mayoría de personas que yo conozco tienen hábitos alimenticios saludables.
- 4 Las personas más cercanas a mi tienen hábitos alimenticios saludables.
- 5 La mayoría de personas cercanas a mi piensan que yo debería tomar decisiones alimenticias saludables.
- 6 La comida saludable no tiene mucho sabor.
- 7 Es fácil preparar comida saludable.
- 8 Sé dónde encontrar/comprar comida saludable cerca de donde yo vivo.
- 9 El consumo excesivo de alimentos poco saludables puede causar problemas de salud.
- 10 El consumo de comidas que uno sabe no son buenas para uno mismo está bien, siempre y cuando uno mantenga una dieta balanceada.
- 11 La comida saludable es cara.
- 12 Yo prefiero el sabor de la comida que sé que no es buena para mí.



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

6. Para cada frase, por favor responda si usted está muy de acuerdo, algo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo en desacuerdo, muy en desacuerdo.

This battery is designed to understand the degree to which respondents have structure or "food rules" in place around their eating habits.

- 1 Muy de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Muy en desacuerdo
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- a. Mis hábitos alimenticios tienden a variar considerablemente
- b. Tengo días de "trampa"
- c. Como lo que quiero, cuando quiero
- d. Siempre y cuando haga ejercicio, puedo comer lo que quiero
- e. Me recompenso a mí mismo con comida
- f. En mi plato, tiendo a balancear lo que no es bueno para mí, con algo que sé que si lo es
- g. Yo creo que es posible comer lo que uno quiera, siempre y cuando uno lo haga en moderación
- h. Yo presto atención a los tamaños de las porciones
- i. Planeo mis comidas por adelantado
- j. Como a las mismas horas todos los días
- k. Como snacks o meriendas a las mismas horas todos los días
- l. Como un snack o merienda cuando sea que se me antoje
- m. Compro/planeo mis snacks y/o meriendas por adelantado
- n. Tiendo a comer las mismas comidas cada semana
- o. Yo como alimentos que sé que mi familia/hijos van a comer
- p. A menudo me salto algunas comidas



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- q. Hay veces durante la semana que tiendo a comer snacks o meriendas aun cuando no tengo hambre
- r. Hay veces durante las comidas que sigo comiendo aun cuando ya me siento lleno/llena
- s. Trato de comer platos balanceados todos los días

FOOD DECISION TRIGGERS

This section is designed to understand the both the tangible (heuristics) and intangible (emotions) triggers that shape decision making around both the foods that get purchased and the healthy and unhealthy foods that get consumed.

Ahora vamos a hacer algo un poco diferente. [SAME PAGE AS Q7]

7. Pensando sobre la última vez que usted fue a comprar comida para usted o para su hogar al supermercado, ¿Cómo clasificaría usted esta salida?
 - 1 Una salida de compras grande (por ejemplo una compra mensual o semanal para abastecerse de alimentos básicos o ingredientes para múltiples comidas)
 - 2 Una salida más pequeña para abastecerme de algunos alimentos específicos (por ejemplo, si se acabó la leche)
 - 3 Una salida pequeña para recoger ingredientes específicos para una comida para una o dos personas
 - 4 Otro (especificar)
 - 5 No he ido al supermercado durante este último año **[Skip to Q13]**
8. De los artículos que usted compró en el supermercado, ¿cuántos de estos había planeado comprar antes de ir al supermercado?
 - 1 Todos los artículos
 - 2 La mayoría de los artículos
 - 3 Algunos de los artículos
 - 4 Ninguno de los artículos



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

7 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

9. ¿Cómo, si del todo, planeó usted esta salida de compras? (*Seleccione todas las que apliquen*)

- 1 Revisé para ver cuáles eran los alimentos que ya casi no tenía
- 2 Pensé en los ingredientes que necesitaba para hacer ciertas comidas
- 3 Pensé en los ingredientes que necesitaba para la semana
- 4 Escribí una lista de artículos que necesitaba comprar
- 5 Revisé las promociones de las tiendas y/o recorté cupones
- 6 Utilicé una aplicación de teléfono móvil de alguna tienda
- 7 Utilicé una aplicación de teléfono móvil para hacer una lista de compras
- 8 Alguien me dio una lista de compras o me pidió comprar algo específico
- 9 No hice ninguna de estas cosas antes de ir de compras **[EXCLUSIVE]**

10. ¿Cuál de estas frases mejor describe lo que usted compró durante esta salida de compras?

- 1 Me fui de la tienda con sólo las cosas que había planeado comprar
- 2 Me fui de la tienda con menos cosas de las que había planeado comprar
- 3 Me fui de la tienda con más cosas de las que había planeado comprar

10a. [If 10=3]: ¿Qué fue lo que le llevó a comprar más de lo que había planeado comprar? (*Seleccione todas las que apliquen*)

- 1 De pronto tuve un antojo de algo
- 2 Vi algo que estaba en oferta
- 3 Vi una promoción de la tienda para uno de los artículos
- 4 Probé una muestra de algo que la tienda estaba ofreciendo
- 5 Vi algo que usualmente no encuentro
- 6 Me atrajo un producto nuevo o un envase interesante
- 7 Recordé que necesitaba algo
- 8 La persona que fue conmigo quiso algo/me lo pidió



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

9 Otro (especifique)

11. Pensando en los alimentos que usted compro durante esta salida, ¿Cuán usual fue esta salida para usted?

- 1 Muy usual
- 2
- 3
- 4
- 5 Para nada usual
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

12. ¿Con que palabras describiría usted esta experiencia? [CODE FOR OPEN END]

___ No sé/No estoy seguro/No estoy segura

13. ¿Con que frecuencia, si del todo, usted o alguien de su familia compra alimentos a través de un sitio web o una aplicación móvil?

- 1 Yo/nosotros compramos alimentos solamente en línea
- 2 Yo/nosotros usualmente compramos alimentos en línea, pero también vamos al supermercado alguna vez
- 3 Algunas veces compro/compramos alimentos en línea, mientras que otras veces vamos al supermercado
- 4 Yo/nosotros usualmente vamos al supermercado, pero compramos alimentos en línea alguna vez
- 5 Yo/nosotros nunca compramos alimentos en línea
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

14. [If Q13=1 or 2]: ¿Cuál de las siguientes frases mejor describe lo que usted usualmente compra en línea?



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- 1 Usualmente compro lo que ya tenía planeado comprar
- 2 Usualmente compro menos de lo que tenía planeado comprar
- 3 Usualmente compro más de lo que tenía planeado comprar

15. ¿Qué palabras mejor describen su experiencia comprando alimentos en línea? [CODE FOR OPEN END]

No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[PROGRAMMING NOTE: ROTATE Q16-23 with Q24-30]

16. Ahora piense en la última vez que usted comió algo que sabía que no era bueno para usted o que usted describiría como no saludable. ¿Que fue lo que comió? [CODE FOR OPEN END]

No como nada que no sea saludable [SKIP to Q24]

17. ¿Cuándo comió esto?

- 1 Hoy
- 2 Ayer
- 3 Esta semana
- 4 Más de una semana atrás

18. ¿Comió usted esto como parte de una comida, como ser desayuno, almuerzo o cena? ¿O comió usted esto como un snack o merienda, entre comidas?

- 1 Snack o merienda
- 2 Comida
- 3 Otro (especifique):_____

19. ¿Con quién estaba usted? (Seleccione todas las que apliquen)

- 1 Estaba solo/sola



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- 2 Estaba con mi(s) compañero(s) de casa
- 3 Estaba con mi esposo/esposa o pareja
- 4 Estaba con mis hijos
- 5 Estaba con mi familia
- 6 Estaba con amigos o compañeros de trabajo
- 7 Otro (Especifique: _____)

20. ¿Dónde estaba usted?

- 1 En casa
- 2 En el trabajo
- 3 En un restaurante
- 4 Camino a alguna parte (en el auto, tren subterráneo, etc.)
- 5 Otra ubicación (Especificar: _____)

21. ¿Cuán usual es para usted consumir este alimento?

- 1 Muy usual
- 2
- 3
- 4
- 5 Nada usual
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

22. ¿Qué palabras mejor describen su experiencia con este alimento? [CODE FOR OPEN END]

No sé/No estoy seguro/No estoy segura

23. A continuación le presentamos una lista con algunas de las razones que la gente ha dado para comer algún alimento o comida en particular. ¿Cuál de las siguientes razones influye su decisión sobre qué comer?



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- 1 Influye mi decisión
- 2 No influye mi decisión
- 3 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- a. Era conveniente
- b. Era fácil
- c. Tenía mucho sabor
- d. Me llenaba
- e. Me daba energía
- f. Me hacía sentir feliz
- g. Era barato
- h. Era reconfortante
- i. Era un premio/gusto
- j. Es lo que siempre como
- k. Es lo que me sirvieron/me dieron para comer
- l. Es lo que *debo* comer
- m. Es lo que mi familia/amigos estaban comiendo
- n. Era lo único que estaba disponible
- o. Lo vi en una propaganda
- p. Fue un antojo
- q. Es beneficioso para mi cuerpo
- r. Es beneficioso para mi familia

24. Ahora piense en la última vez que comió algo saludable. ¿Qué fue lo que comió? **[CODE FOR OPEN END]**

__No como comida saludable **[SKIP to Q31]**



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

25. ¿Cuándo comió esto?

- 1 Hoy
- 2 Ayer
- 3 Esta semana
- 4 Más de una semana atrás

26. ¿Con quién estaba usted? (Seleccione todas las que apliquen)

- 1 Estaba solo/sola
- 2 Estaba con mi(s) compañero(s) de casa
- 3 Estaba con mi esposo/esposa o pareja
- 4 Estaba con mis hijos
- 5 Estaba con mi familia
- 6 Estaba con amigos o compañeros de trabajo
- 7 Otro (Especifique: _____)

27. ¿Dónde estaba usted?

- 1 En casa
- 2 En el trabajo
- 3 En un restaurante
- 4 Camino a alguna parte (en el auto, tren subterráneo, etc.)
- 5 Otra ubicación (Especificar: _____)

28. ¿Cuán usual es para usted consumir algo “saludable”?

- 1 Muy usual
- 2
- 3
- 4
- 5 Nada usual
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

29. ¿Qué palabras mejor describen su experiencia con este alimento? [CODE FOR OPEN END]

No sé/No estoy seguro/No estoy segura

30. A continuación le presentamos una lista con algunas de las razones que la gente ha dado para comer algún alimento o comida en particular. ¿Cuál de las siguientes razones influye su decisión sobre qué comer?

- 1 Influye mi decisión
- 2 No influye mi decisión
- 3 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

[RANDOMIZE]

- a. Era conveniente
- b. Era fácil
- c. Tenía mucho sabor
- d. Me llenaba
- e. Me daba energía
- f. Me hacía sentir feliz
- g. Era barato
- h. Era reconfortante
- i. Era un premio/gusto
- j. Es lo que siempre como
- k. Es lo que me sirvieron/me dieron para comer
- l. Es lo que *debo* comer
- m. Es lo que mi familia/amigos estaban comiendo
- n. Era lo único que estaba disponible
- o. Lo vi en una propaganda
- p. Fue un antojo



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

- q. Es beneficioso para mi cuerpo
- r. Es beneficioso para mi familia

PSYCHOGRAPHICS

31. En su hogar, ¿quién es responsable de tomar decisiones con respecto a la comida que usted o las personas que viven en su hogar comen?

- 1 Yo soy principalmente responsable de tomar decisiones con respecto a la comida que yo o las personas que viven en mi hogar comen
- 2 Comparto la responsabilidad de tomar decisiones relacionadas con respecto a la comida que yo o las personas que viven en mi hogar comen
- 3 Otra persona es el/la responsable principal de tomar decisiones con respecto a la comida que yo o las personas que viven en mi hogar comen

32. Hablando en términos generales, ¿cómo caracterizaría usted sus propios hábitos alimenticios?

- 1 Siempre como comidas saludables
- 2 La mayoría del tiempo como comidas saludables
- 3 Como comidas saludables de vez en cuando, pero también como comidas que sé que no son buenas para mí
- 4 Usualmente como comidas no saludables
- 5 Siempre como comidas no saludables
- 6 No sé lo suficiente sobre la nutrición para saber si como saludable o no

33. En comparación con el año anterior, ¿diría usted que come más, menos o casi el mismo número de alimentos que usted sabe no son buenos para usted?

- 1 Más
- 2 Casi el mismo número
- 3 Menos
- 4 No como alimentos que no sean saludables
- 5 No sé/No estoy seguro/No estoy segura



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

34. Piense en sus comidas durante una semana promedio. Para cada una de las horas de la comida, por favor diga si es que sus comidas tienden a ser planeadas (usted sabe antes de la comida lo que usted va a comer), improvisadas (usted decide lo que va a comer un poco antes de la hora de la comida), o si es que durante la semana algunas de sus comidas son planeadas y otras improvisadas. Usted también puede decir si tiende a saltarse esa comida.

- 1 Todas las comidas son planeadas
- 2 La mayoría de las comidas son planeadas
- 3 Algunas de las comidas son planeadas y algunas son improvisadas
- 4 La mayoría de las comidas son improvisadas
- 5 Todas las comidas son improvisadas
- 6 Tiendo a saltarme esta comida
- 7 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

Durante la semana:

- a. Desayuno
- b. Almuerzo
- c. Cena

Durante el fin de semana:

- d. Desayuno
- e. Almuerzo
- f. Cena

35. Durante el último año, usted ha...

This is a measure of proactive health activities.

- 1 Sí
- 2 No



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

3 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

RANDOMIZE

- a. Hablado con un profesional de la salud sobre los alimentos y las bebidas que usted consume
- b. Hablado con un nutricionista sobre los alimentos y las bebidas que usted consume
- c. Cambiado lo que usted come o bebe para así perder peso
- d. Cambiado lo que usted come o bebe para aumentar de peso
- e. Comenzado un régimen de ejercicios
- f. Cambiado lo que usted come o bebe para tratar un problema de salud que no tenga que ver con el peso
- g. Cambiado lo que usted come o bebe para alcanzar una meta no relacionada con la salud o el peso

36. Durante los últimos cinco años, aproximadamente, ¿cuantas dietas (como la de sin gluten o sin lácteos, Atkins, Paleo, South Beach, etc.) ha probado usted? _

- 1 Una
- 2 Dos
- 3 Tres
- 4 Más de tres
- 5 Ninguna/Nunca he probado alguna dieta diferente
- 6 No sé/No estoy seguro/No estoy segura

37. Alguna vez en su vida, ¿le ha recomendado un doctor que usted: (Seleccione todas las que apliquen)

- 1 ¿Reducza su consumo de sodio?
- 2 ¿Reducza su nivel de colesterol?
- 3 ¿Reducza su consumo de azúcar?
- 4 ¿Siga alguna otra restricción dietética? (Especifique: _____)
- 5 Ninguno de los anteriores



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

38. ¿Cuáles son algunas de sus metas inmediatas con respecto a su salud? (Escoja las tres principales)

[RANDOMIZE]

- 1 Perder peso o mantener un peso saludable
- 2 Aumentar de peso o incrementar masa muscular
- 3 Sentirme mejor conmigo mismo/misma
- 4 Dejar de fumar
- 5 Salud cardiaca
- 6 Mejorar el sistema inmune
- 7 Incrementar mi nivel de energía
- 8 Incrementar mi fortaleza
- 9 Reducir el estrés
- 10 Dormir más
- 11 Prevenir envejecimiento
- 12 Prevenir/controlar una enfermedad crónica
- 13 Otro (Especificar: _____)

DEMOGRAPHICS

¡Gracias! Estas últimas preguntas son únicamente con fines estadísticos.

39. ¿Cuál de las siguientes mejor describe el área en el que vive?

- 1 Urbana
- 2 Suburbana
- 3 Rural

40. Por favor indique su peso y estatura

Estatura en pies y pulgadas:

_____ Pies _____ Pulgadas



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

Peso en libras:

_____ Libras

(Include option for Prefer not to answer)

41. En general, ¿Cómo describiría usted su salud?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Mala
- 5 No sé

[Will set quota on “healthy,” Q41=1 or 2]

42. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones de salud crónicas?

Seleccione todas las que apliquen.

RANDOMIZE:

- 1 Enfermedades del corazón
- 2 Presión alta
- 3 Colesterol alto
- 4 Diabetes Tipo I
- 5 Diabetes Tipo II
- 6 Cáncer
- 7 Trastorno digestivo
- 8 Asma
- 9 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- 10 Alguna otra condición crónica (Especifique: _____)
- 11 No me han diagnosticado ninguna condición crónica
- 12 No estoy seguro/segura



OMB CONTROL NO.: 0584-0523
EXPIRATION DATE: XX/XX/20XX

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 to complete this information collection is estimated at 15 minutes, including the time for reviewing instructions and completing the information.

43. Por favor seleccione la categoría que mejor describe su situación de vivienda actual

- 1 Vivo en la casa de mis padres/guardianes
- 2 Vivo en un dormitorio universitario o residencia compartida
- 3 Vivo solo, con compañeros de vivienda
- 4 Vivo solo, sin compañeros de vivienda
- 5 Vivo con mi esposa/esposo/pareja
- 6 Vivo con mis hijos
- 7 Vivo con mi esposa/esposo/pareja y mis hijos
- 8 Otro

44. ¿Tiene usted niños menores de 18 años viviendo en su casa?

- 1 Sí
- 2 No

45. [If Q44=1]: ¿Tiene usted niños que tienen?

- 1 Sí
 - 2 No
-
- a. Menos de 3 años
 - b. De 4 a 11 años
 - c. De 12 a 18 años

46. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha alcanzado?

- 1 Menos de la escuela secundaria
- 2 Escuela secundaria
- 3 Algo de universidad
- 4 Título universitario
- 5 Licenciatura o superior

¡Gracias por participar!