



Hábitos Saludables. Vida Saludable.

De 2 a 9 años de edad

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ **EDAD:** _____ **FECHA DE HOY:** _____



1. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come su hijo/a al día?
(Una porción es aproximadamente del tamaño de la palma de la mano de su hijo.)
2. ¿Cuántas veces a la semana se sienta su hijo/a a la mesa para cenar junto a la familia?
3. ¿Cuántas veces a la semana desayuna su hijo/a?
4. ¿Cuántas veces a la semana come su hijo/a comida para llevar o comida rápida?
5. ¿Cuántas horas al día pasa su hijo/a frente a una pantalla por ocio (aparte de la tarea escolar)?
6. ¿Hay una televisión o un aparato conectado al internet en la habitación de su hijo/a?
7. ¿Cuántas horas duerme su hijo/a por la noche?
8. ¿Cuántos minutos al día participa su hijo/a en juego activo? (su respiración es más rápida o suda)
9. ¿Cuántas porciones de 8 onzas de lo siguiente bebe su hijo/a al día?
Agua Leche sin grasa (desnatada), baja en grasa (1%)
Leche con grasa reducida (2%) Leche entera o de chocolate Jugo 100%
Bebida de frutas o deportiva Soda o ponche
10. Basado en sus respuestas, ¿hay UN cambio específico con el que quiera ayudar a su hijo/a ahora?
Por favor, marque una casilla:
Comer más frutas y verduras Ser más activo/a - hacer más ejercicio
Comer menos comida rápida/para llevar Dormir más
Beber menos soda, jugo, o ponche Comer el desayuno
Beber más agua No estoy listo/a para hacer cambios ahora
Pasar menos tiempo viendo la televisión/películas y jugando a los videojuegos/con la computadora
Sacar la televisión de su habitación
11. En los últimos 12 meses nos preocupaba quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más.
Pasa con frecuencia Pasa a veces Nunca pasa
12. En los últimos 12 meses la comida que compramos simplemente no fue suficiente y no teníamos dinero para comprar más.
Pasa con frecuencia Pasa a veces Nunca pasa



Por favor, entregue el formulario completado a su médico clínico. ¡Gracias!

