

nombre: _____ fecha: _____

¿Que estoy haciendo ahora? (refiero al niño si el padre está completando la encuesta)

nutrición

¿Cuántas veces al día como **frutas o verduras**? _____

¿Cuántas veces al día tomo **bebidas azucaradas** (refrescos, bebidas deportivas, jugos, té azucarado, limonada) o jugo 100% natural? _____

¿Cuántas veces al día como **comida "chatarra"** (pastel, galletas, papas fritas, etc.)? _____

¿Cuántas veces al día como **comida para llevar o comida rápida**? _____

ejercicio y actividad física

La mayoría de los días, ¿cuántos minutos dedico al juego activo o al ejercicio (respiración rápida, sudoración)? _____ días _____ tiempo

¿Cuántas horas al día veo televisión/películas o me siento y juego videojuegos o uso el teléfono celular, la computadora o la tableta para divertirme? _____

otros hábitos

¿Cuántas veces a la semana me salto comidas? _____

¿Cuántos días a la semana tengo problemas para dormir? _____

¿Cuántas veces a la semana ceno en la mesa con mi familia? _____

¿Tengo un televisor o un teléfono en la habitación donde duermo? Sí _____ No _____

Intentaré al menos un objetivo. (No más de 3 metas)



Aumentar las frutas o verduras que como cada día a: (marque una a continuación)
___5 ___4 ___3 ___2 ___1



Reduzca el tiempo de pantalla (TV, películas, videojuegos, teléfono celular, etc.) a: (marque uno a continuación) ___2 horas ___2.5 horas ___3 horas ___3.5 horas



Aumente el ejercicio o la actividad física todos los días a: (marque uno a continuación)
___1 hora ___45 minutos ___30 minutos ___15 minutos ___otro



Reduzca bebidas azucaradas (refrescos, bebidas deportivas, jugos, etc.) a: (marque uno a continuación) ___0 por día ___1 por semana ___1 por día



¿Qué tan seguro estoy de que puedo lograr mi objetivo?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué podría dificultar el logro de este objetivo? ¿Cómo podría superar estas barreras?
