



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Completado por: (padre o niño) _____

En cada una de las preguntas encierra en un círculo el número que defina que tan de acuerdo o desacuerdo estas con el enunciado.

1. Tu cuerpo tiene un cierto nivel de salud y tu realmente no puedes hacer mucho para cambiarlo

Muy de acuerdo 1 2 3 4 5 6 Muy en desacuerdo

2. Tu cuerpo es algo sobre ti que tu no puedes cambiar mucho

Muy de acuerdo 1 2 3 4 5 6 Muy en desacuerdo

3. Tu puedes tratar de sentirte mejor, pero realmente tu no puedes cambiar tu salud básica

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 Muy en desacuerdo

Indica que toma tu hijo normalmente:

Leche Agua 100 % Jugo Gaseosa Gaseosa dietética Bebida deportiva Minute Maid punch

Kool Aid Kool Aid sin azúcar Crystal Light Capri Sun Hi C punch Leche achocolatada/fresa

Café Té endulzado Té sin azúcar Bebida energizante (Red Bull, Monster) Batidos/Frappes

Otras bebidas? Por favor indíquelas: _____

Cuántas veces a la semana tu hijo come vegetales? _____ **Vegetales favoritos:** _____

Cuántas veces al día tu hijo come frutas? _____ **Fruta favorita:** _____

Cuántas veces a la semana tu hijo come comida rápida? _____

Qué actividad física realiza tu hijo? (educación física, deportes, danza, etc.) _____

Qué tan frecuente se ejercita tu hijo y por cuánto tiempo? _____

Tiempo frente a la pantalla (no para la escuela) (computadora, TV, video juegos, etc.): _____ horas/día

A que hora se duerme tu hijo? _____ **Se levanta?** _____ **Horas total de sueño:** _____

9 5 2 1 0