

Nutrition Clinic --- Parent/Guardian Survey
Clínica de la Alimentación --- Encuesta para los padres de
familia o tutores

PLEASE PLACE PATIENT'S LABEL HERE

1. What is your <u>relationship to the child</u> here for a visit today? ¿Cuál es su <u>parentesco con el niño</u> que vino hoy a la cita?		<input type="checkbox"/> Mother / Madre <input type="checkbox"/> Father / Padre <input type="checkbox"/> Other / Otro (specify / especifique: _____)
2. Do you have any questions or concerns about your child's <u>learning, language, or physical skills</u>? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud que quisiera expresar hoy acerca del <u>aprendizaje de su hijo, su lenguaje o sus aptitudes físicas</u> ?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí If yes, explain / Si respondió sí, explique: _____ _____
3. Do you have any questions or concerns about your child's <u>behavior</u>? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud respecto a la <u>conducta</u> de su hijo?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí If yes, explain / Si respondió sí, explique: _____ _____
4. Childcare is provided by: El cuidado del niño está a cargo de:	Who? ¿Quién? <input type="checkbox"/> Mother / Madre	When? ¿Cuándo? <input type="checkbox"/> Morning /Durante el día <input type="checkbox"/> Afternoon /Durante el medio día <input type="checkbox"/> Evening / Durante las tardes o noches <input type="checkbox"/> Weekend / Los fines de semana
	<input type="checkbox"/> Father / Padre	<input type="checkbox"/> Morning /Durante el día <input type="checkbox"/> Afternoon /Durante el medio día <input type="checkbox"/> Evening / Durante las tardes o noches <input type="checkbox"/> Weekend / Los fines de semana
	<input type="checkbox"/> Relative / Familiar (relationship / parentesco _____)	<input type="checkbox"/> Morning /Durante el día <input type="checkbox"/> Afternoon /Durante el medio día <input type="checkbox"/> Evening / Durante las tardes o noches <input type="checkbox"/> Weekend / Los fines de semana
	<input type="checkbox"/> Other / Otro (who / quién _____)	<input type="checkbox"/> Morning /Durante el día <input type="checkbox"/> Afternoon /Durante el medio día <input type="checkbox"/> Evening / Durante las tardes o noches <input type="checkbox"/> Weekend / Los fines de semana
5. What type of milk does your child usually drink? ¿Qué tipo de leche toma <u>normalmente</u> su hijo?		<input type="checkbox"/> Breast milk / Leche materna <input type="checkbox"/> Infant formula / Fórmula <input type="checkbox"/> Whole milk / Leche entera <input type="checkbox"/> 2% milk / Leche semidescremada 2% <input type="checkbox"/> 1% or skim milk / Leche descremada o 1% <input type="checkbox"/> Doesn't drink milk / No toma leche <input type="checkbox"/> Other / Otro (what type / qué tipo: _____)
6. How many cups of <u>milk or formula</u> does your child drink each day? ¿Cuántas tazas de <u>leche o fórmula</u> toma al día su hijo ?		_____ Cups _____ Tazas
7. How many cups of <u>sweetened beverages</u> (like regular sodas, Kool-Aid, fruit punch, sweet tea, or sports drinks) does your child drink each day? ¿Aproximadamente cuántas tazas de <u>bebidas dulces</u> (como soda regular, Kool-Aid, fruit punch, té dulce o bebidas deportivas) toma al día su hijo?		_____ Cups _____ Tazas
8. How many cups of <u>100% fruit juice</u> does your child drink each day? ¿Aproximadamente cuántas tazas de 100% jugo de fruta toma al día su hijo?		_____ Cups _____ Tazas
9. About how many times per week does your child eat <u>food from a restaurant</u> (eat-in, take-out or fast food)? Aproximadamente cuántas veces a la semana come su <u>hijo</u> alimentos <u>preparados en un restaurante</u> (en el restaurante, para llevar o comida rápida)?		_____ Times/week _____ Cuántas veces por semana

PLEASE PLACE PATIENT LABEL HERE

<p>10. The amount of food your child eats at a meal is: La cantidad de alimentos que consume su hijo durante una comida es:</p>	<p><input type="checkbox"/> Less than an adult eats / Menor que la de un adulto <input type="checkbox"/> Similar to what an adult eats / Igual que la de un adulto <input type="checkbox"/> More than what an adult eats / Mayor que la un adulto</p>
<p>11. Does your child usually have second helpings at mealtime or right after mealtime? ¿Su hijo consume porciones adicionales de alimentos durante o después de una comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> I don't know / No lo sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</p>

<p>Do you think your child: ¿Usted cree que su hijo?</p>	
<p>12. Eats in secret? Come a escondidas</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</p>
<p>13. Is not in control of how much or what s/he eats? No puede controlar cuánto come o qué come</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</p>
<p>14. Vomits without wanting to or makes him/herself throw-up after eating a really big amount of food or eating really fast? Vomita sin querer o se provoca vómito él mismo después de haber comido de más o haber comido muy de prisa</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</p>

<p>15. Child's usual evening bedtime: ¿A qué hora se acuesta normalmente su hijo?</p>	<p>_____ PM</p>
<p>16. Child's usual morning wake up time: ¿A qué hora se despierta normalmente su hijo?</p>	<p>_____ AM</p>
<p>17. During a typical weekday (Monday - Friday), about how many hours of TV, movies, and video/computer games does your child watch/play? Durante un día típica a la semana (de lunes a viernes), ¿aproximadamente cuántas horas de televisión, películas y videojuegos o juegos en la computadora ve o juega al día su hijo ?</p>	<p>_____ Hours per day Horas al día</p>
<p>18. During a typical Saturday or Sunday, about how many hours of TV, movies, and video/computer games does your child watch/play? Durante un sábado o un domingo típico, ¿aproximadamente cuántas horas de televisión, películas y videojuegos o juegos en la computadora ve o juega al día su hijo ?</p>	<p>_____ Hours per day Horas al día</p>
<p>19. About how many days per week does your child participate in active physical exercise (running, biking, sports, active playing) for at least 30 min? ¿Aproximadamente cuántos días a la semana participa su hijo en actividades físicas (como correr, andar en bicicleta, deportes, juegos activos) por al menos 30 minutos?</p>	<p>_____ Days/week Días a la semana</p>
<p>20. Does your child have any physical problems or breathing problems that limit his/her activity? ¿Su hijo tiene algún problema físico o respiratorio que le limite las actividades?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí (If yes, explain / Si respondió sí, explique: _____)</p>
<p>21. Are you worried about your child's weight right now? ¿Le preocupa el peso de su hijo en este momento?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</p>

PLEASE PLACE PATIENT'S LABEL HERE

Over the past 2 weeks , about how often has your child been bothered by: Durante las 2 últimas semanas , ¿aproximadamente cuántas veces ha estado incómodo su hijo por uno de los siguientes motivos?	Very little or not at all --- Muy pocas veces o ninguna	Several days --- Varios días	More than 7 days --- Más de 7 días	Nearly everyday / Casi todos los días
22. Feeling irritable, sad, unhappy, or depressed? Se ha sentido irritable, triste o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Feeling little or no enjoyment in once favorite activities (e.g. playing sports, video-games, or playing with friends)? Ha sentido que las actividades que le gustaba hacer (por ejemplo, hacer deporte, los videojuegos o jugar con sus amigos) ahora las disfruta poco o no las disfruta en lo absoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Over the past 2 weeks , have you (parent) been bothered by: Durante las últimas 2 semanas , le ha incomodado a usted (como padre del niño):	Very little or not at all --- Muy pocas veces o ninguna	Several days --- Varios días	More than 7 days --- Más de 7 días	Nearly everyday --- Casi todos los días
24. Feeling little interest or pleasure in doing things? Se ha sentido irritable, triste o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Feeling down/ depressed or hopeless? Ha sentido que las actividades que le gustaba hacer (por ejemplo, hacer deporte, los videojuegos o jugar con sus amigos) ahora las disfruta poco o no las disfruta en lo absoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Not considering making changes --- No consideran hacer ningún cambio	Thinking about making changes --- Están pensando hacer cambios	Currently making changes --- Ya están haciendo cambios
26. With regards to making changes in family eating and activity habits to improve your child's health, you (parent) are: Respecto a la posibilidad de hacer cambios en los hábitos alimenticios y las actividades de la familia, usted como padre de familia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. With regards to making changes in family eating and activity habits to improve your child's health, do you (parent) think that your child's other main caregivers are: Respecto a la posibilidad de hacer cambios en los hábitos alimenticios y las actividades de la familia, usted como padre de familia considera que las otras personas que cuidan a su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Give 1 or 2 examples of action steps that you (parent) can take that will make your child's lifestyle healthier: Mencione 1 o 2 ejemplos de las medidas que usted (como padre de familia) puede tomar para hacer que su hijo tenga un estilo de vida más saludable: _____			
29. What problems do you think you will encounter when trying to make changes towards a healthier lifestyle? ¿Que problemas encontrara a la hora de tratar de hacer cambios para tener un estilo de vida más saludable? _____			
30. What do you hope to get from today's visit? ¿Qué espera obtener de la consulta de hoy? _____			