

# PERCEPCIONES SOBRE LA APARIENCIA FISICA Y LA SALUD

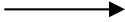
Este cuestionario es para el padre o guardián legal de niños/as 2-17 años.

1. Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. La fecha de nacimiento de su niño/a:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Es un/una:  
 Niño  
 Niña
4. ¿Cuál es su parentesco con el/la niño/a?  
 Madre  
 Padre  
 Otro (Especifique \_\_\_\_\_)
5. ¿Cuál es el grado más alto escolar que usted completó? (Por favor marque UNA RESPUESTA).  
 No terminé la preparatoria  
 Graduado/a de preparatoria o pasé el GED  
 Algo de Universidad  
 Grado de Universidad  
 Grado avanzado de Universidad
6. ¿Tiene su niño/a alguna condición médica que limite su crecimiento?  
 No  
 Si (describala \_\_\_\_\_)
7. ¿Tiene su niño/a alguna condición médica que limite su actividad física?  
 No  
 Si (describala \_\_\_\_\_)
8. La raza de su niño/a es:  
 Asiática-Pacífica-Isleña  
 Negra/Africana-Americana  
 Hispana  
 Blanca/Caucásica  
 Otra (Especifique \_\_\_\_\_)
9. Creo que mi niño/a esta...  
 bajo/a de peso  
 un poquito bajo/a de peso  
 mas o menos con el peso correcto  
 con un poco de sobrepeso  
 con sobrepeso

10. Alguna vez le dijo el doctor que su niño/a está ganando peso muy rápidamente o que está con sobrepeso?  
 No  
 Si  
 No sé
11. ¿Mas o menos cuantos días por semana participa su niño en ejercicio físico activo (como correr, montar bicicleta, practicar algún deporte o jugar activamente) ?  
 6-7 días cada semana  
 3-5 días cada semana  
 1-2 días cada semana o menos  
 No sé

Para contestar las dos siguientes preguntas compare a su niño/a con otros niños/as de la misma edad.

12. En clima de verano mi niño/a participa en ejercicio físico activo...  
 mas horas por semana que otros niños/as  
 mas o menos el mismo número de horas por semana que otros niños/as  
 menos horas por semana que otros niños/as
13. Cuando mi niño/a corre, el/ella es usualmente...  
 mas rápido que otro(a)s niños/as  
 mas o menos tan rápido como otro(a)s niño/as  
 mas lento que otro(a)s niños/as

Próxima 

Practice # \_\_\_\_\_ Survey \_\_\_\_\_

**14. ¿Cuál es su posición en los siguientes planteamientos?**

*(Marque solamente una casilla para cada concepto)*

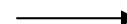
	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Neutral	Estoy en desacuerdo	Estoy totalmente en desacuerdo
Puedo influir en lo que mi niño/a selecciona para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo influir en la cantidad de actividad física (ejercicio) que hace mi niño /a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a sobre el peso de mi niño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muy probable que los niños/as con sobrepeso tengan sobrepeso cuando son adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más probable que a los niños/as con sobrepeso se les desarrolle diabetes (azúcar alto en la sangre) que a niños/as que no tienen sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más probable que los niños/as con sobrepeso tengan problemas en sus relaciones sociales con los niños/as de la misma edad que niños/as que no tienen sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los niños/as van a hacer mas ejercicio si sus padres hacen ejercicio regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las costumbres de alimentación de los padres influyen las costumbres de alimentación de los niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Próxima



15. (Marque solamente una casilla para cada concepto.)	Probablemente intentaré.	Probablemente no intentaré.	Ya lo estoy haciendo
Intentaré hacer 30 minutos de ejercicio físico por lo menos 5 días por semana durante el próximo mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intentaré comprar menos "comida chatarra" durante el próximo mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intentaré limitar la cantidad de jugo y bebidas dulces (soda regular, Kool Aid, bebidas deportivas) que toma mi niño/a a 2 vasos por día durante el próximo mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intentaré limitar el tiempo que mira mi niño/a la televisión a 2 horas por día durante el próximo mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Próxima



16. ¿Han tenido los padres o abuelos de el/la niño/a un **ataque al corazón**?

No

No se

Si



Si contestó si, cree usted que el **ataque al corazón** estaba relacionado con: (marque todas las respuestas que apliquen o si ninguna aplica marque NINGUNA)

Fumar	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol	<input type="checkbox"/>
Tipo de comida	<input type="checkbox"/>
Poca actividad o ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
NINGUNA	<input type="checkbox"/>

17. ¿Han tenido los padres o abuelos de el/la niño/a un **derrame cerebral**?

No

No se

Si



Si contestó si, cree usted que el **derrame cerebral** estaba relacionado con: (marque todas las respuestas que apliquen o si ninguna aplica marque NINGUNA)

Fumar	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol	<input type="checkbox"/>
Tipo de comida	<input type="checkbox"/>
Poca actividad o ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
NINGUNA	<input type="checkbox"/>

18. ¿Han tenido los padres, abuelos o hermano/a de el/la niño/a, **diabetes** (azúcar alta)?

No

No se

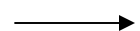
Si



Si contestó si, cree usted que **diabetes** estaba relacionado con: (marque todas las respuestas que apliquen o si ninguna aplica marque NINGUNA)

Fumar	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol	<input type="checkbox"/>
Tipo de comida	<input type="checkbox"/>
Poca actividad o ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
NINGUNA	<input type="checkbox"/>

Próxima



19. ¿Han tenido los padres, abuelos o hermano/a de el/la niño/a **presión alta**?

No

No se

Si →

Si contestó si, cree usted que la **presión alta** estaba relacionado con: (marque todas las respuestas que apliquen o si ninguna aplica marque NINGUNA)

Fumar	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol	<input type="checkbox"/>
Tipo de comida	<input type="checkbox"/>
Poca actividad o ejercicio físico	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>
NINGUNA	<input type="checkbox"/>

Próxima

