

Encuesta de Salud y Nutrición

Esta encuesta está diseñada para ayudarnos a evaluar los hábitos y estilos de vida de nuestros pacientes pediátricos y sus familias

PLACE LABEL HERE

1. ¿Cual es su relación con el/la niño/a?	Madre	Padre	Otro			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si usted contestó Otro (es decir que usted no es padre/madre de el/la niño/a), describa por favor su relación col el/la niño/a. <hr/>						
¿Tienen algunos de los familiares cercanos (padres, hermanos, abuelos, tíos) del niño/a historia de:	No sé	No	Sí			
2. Colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Sobrepeso u obesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Cuántos vasos de bebidas endulzadas (tales como: gaseosas/sodas, Kool-Aid, té dulce, bebidas deportivas) toma su niño/a diariamente? (8 onzas = 1 vaso)	Vasos					
9. ¿Cuántos vasos de jugo de frutas toma su niño/a diariamente? (8 onzas = 1 vaso)	Vasos					
10. La cantidad de comida que come su niño/a a la hora de las comidas es:	Menos que lo que come un adulto	Igual a lo que come un adulto	Más que lo que come un adulto			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Repite platos su niño/a cuando está comiendo o después de haber terminado de comer?	No sé	No	Sí			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	No sé	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1-2 veces por semana	Más de 2 veces por semana	
12. Más o menos cuántas veces por semana come comidas rápidas (tales como: hamburguesas, papitas fritas, pollo frito o pizza) su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Piensa usted (padre/madre/encargado/a) que su niño/a:					Sí	No
13. come en secreto?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. no puede controlar lo que come ni cuánto come?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. se provoca el vómito o alguna enfermedad después de comer una cantidad de comida realmente grande?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No sé	Nunca	Menos de 2 hora por día	2-4 horas por día	Más de 4 horas por día
16. Durante un día de semana típico (lunes- viernes), ¿más o menos cuántas horas de televisión, películas, juegos de video/ computadora mira/juega su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante un sábado o domingo típico, ¿más o menos cuántas horas de televisión, películas, juegos de video/computadora mira/juega su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No sé	6-7 días por semana	4-5 días por semana	2-3 días por semana	0-1 día por semana
18. ¿Cómo cuántos días por semana hace ejercicios físicos (tales como: correr, montar en bicicleta, jugar deportes, jugar activamente por lo menos 20-30 minutos) su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido su niño/a:		Muy poco o para nada	Muchos días	Más de 7 días	Casi todos los días
19. irritable, triste, descontento o deprimido la mayor parte del día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con poco o ningún gusto de lo que una vez fueron sus actividades favoritas (tales como: jugar deportes, juegos de video o jugar con sus amigos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las pasadas 2 semanas, ¿se ha sentido usted (padre/madre/encargado/a):		Muy poco o para nada	Muchos días	Más de 7 días	Casi todos los días
21. con poco interés o placer cuando hace algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. triste, deprimido o desanimado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Está usted (padre/madre/encargado/a) preocupado por el peso de su niño/a actualmente?				Sí	No
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bajo de peso	Con sobrepeso	Con un poco de sobrepeso	Con el peso adecuado
24. ¿Considera usted (padre/madre/encargado/a) que está:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ni siquiera pensar en hacer cambios	Pensando en hacer cambios	Decidido para hacer cambios en los siguientes 6 meses	Haciendo cambios ahora mismo
25. Con respeto a hacer cambios en sus hábitos de vida (hacer más ejercicios y comer más frutas/legumbres; tomar menos soda) para mejorar la salud de su niño/a, usted está:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Con respeto a hacer cambios en sus hábitos de vida para mejorar la salud de su niño/a, los otros adultos que le cuidan a su niño/a están:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Escriba 1 o 2 ejemplos de pequeños cambios que usted puede hacer para ayudarle a su niño/a tener hábitos de vida más saludables.					

28. Escriba 1 o 2 ejemplos de lo que usted piensa son los problemas que encuentra cuando intenta hacer cambios para tener hábitos de vida más saludables.					
