**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero Medico de Registre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**Plan de Acción Para Ser Saludable**  **Por favor circula la mejor respuesta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Podemos hablar acerca del peso de su niño(a)? | Si | No sé | No |
| En tu familia, ¿hay alguien que esté pasado de peso? | Si | No sé | No |
| En tu familia, ¿hay alguien que tiene diabetes? | Si  | No sé | No |
| En tu familia, ¿hay alguien que tiene presión alta? | Si | No sé | No |
| ¿Los miembros de la familia han muerto de un ataque cardiaco antes de la edad de 55? | Si  | No sé | No |
| ¿Cuántos días a la semana come su niño(a) fuera de la casa (en un restaurante, cafetería, o comida rápida)? | 4+ | 1-3 | 0 |
| ¿Cuántos días a la semana come su niño(a) desayuna su niño(a)? | 0-1 | 2-5 | 6+ |
| ¿Cuántas comidas a la semana come su familia juntos? | 0-1 | 2-4 | 5+ |
| ¿Cuántas medias tasas (4 onzas) de fruta come su niño(a) al día? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5+ |
| ¿Cuántas medias tasas (4 onzas) de verduras come su niño(a) al día? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5+ |
| ¿Cuántas meriendas dulces o saladas hace su niño(a) a comer cada día? (galletas, dulces, patatas fritas, etc.)  | 5+ | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ¿Cuántas bebidas azucaradas toma su niño(a) al día?(refrescos, Gatorade, vitamina agua, bebidas energéticas, Hi-C) | 2+ | 1 | 0 |
| ¿Cuántos jugos toma su niño(a) al día? | 2+ | 1 | 0 |
| ¿Si su niño(a) toma leche, qué tipo de leche toma?  | choco-late | entera | sin grasa | 1% |  2% | nin-guno  |
| ¿Cuántos días a la semana participa su niño(a) en actividad física por los menos por 60 minutos? (no incluye las clases de PE en la escuela) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5+ |
| ¿Cuántas horas al día ve su niño(a) televisión, usa la computadora, o juega juegos de video? | 5+ | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ¿Cuántas horas de sueño su niño(a) recibe cada noche? | <6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11+ |
| Califique del 0 – 5 que tan dispuestos están, Ud. y su familia de hacer cambios saludables (0=no estoy dispuesto(a), 5=estoy muy) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Califique del 0 – 5 que tan seguro(a) esta que puede lograr en hacer cambios saludables (0=no estoy seguro(a), 5=estoy muy seguro(a)) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**¿Hay algún cambio saludable que quiere empezar hoy dia? Si No No sé**

**¿Si respondió “si”, cual es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**