

# EVALUACION DE NUTRICION Y VIDA SANA

## Cuestionario para los padres

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

**Complete la Sección 1 y 2 si es paciente nuevo y si nunca ha llenado una evaluación antes, o si ha habido cambios en la Sección 1 o 2.**

**Sección 1: Historia prenatal y del parto: Por favor circule todo lo que se atribuye a su niño/a**

1. Peso al nacer \_\_\_\_\_
2. ¿Tuvo diabetes la madre durante el embarazo? Si No
3. ¿La madre tenía sobrepeso al comenzar el embarazo? Si No
4. ¿La madre aumentó más de 35 libras durante el embarazo? Si No
5. ¿Alguien fumaba durante el embarazo? Si No
6. ¿LGA (grande para su edad gestacional) o SGA (pequeño para su edad gestacional) al nacer?

LGA      SGA      Ninguno      No sabe

**Sección 2: Historia médica pasada y de la familia: Por favor chequear el que se aplica a su criatura o a personas de la familia (hermanos, padres, abuelos).**

**Sección 2<sup>a</sup>**

**Sección 2B**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sobrepeso u obeso?</li> <li>• ¿Presión sanguínea alta?</li> <li>• ¿Colesterol alto?</li> <li>• ¿Diabetes tipo 2?</li> <li>• ¿Enfermedad del corazón o derrame cerebral antes de los 40 años de edad?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Miembro de la familia (listar) _____ <input type="checkbox"/> Mi criatura</li> <li><input type="checkbox"/> Miembro de la familia (listar) _____ <input type="checkbox"/> Mi criatura</li> <li><input type="checkbox"/> Miembro de la familia (listar) _____ <input type="checkbox"/> Mi criatura</li> <li><input type="checkbox"/> Miembro de la familia (listar) _____ <input type="checkbox"/> Mi criatura</li> <li><input type="checkbox"/> Miembro de la familia (listar) _____ <input type="checkbox"/> Mi criatura</li> </ul> |
|---|--|

**Sección 3: Estilo de vida, Comportamiento de Salud y Nutrición: Favor circule el que aplica para su criatura.**

- |   |                   |                       |                            |
|---|-------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. ¿Tomó pecho o formula en la infancia?  | <b>Pecho</b>      | <b>Formula</b>        | <b>Ambos</b>               |
| 2. ¿Le dio comida sólida (comida de bebe, cereal) antes de los 4 meses de vida?                     |                   | <b>Si</b>             | <b>No</b>                  |
| 3. ¿Come desayuno todos los días?   |                   | <b>Si</b>             | <b>No</b>                  |
| 4. ¿Cuantas porciones de frutas y vegetales cada día?   | <b>Menos de 5</b> |                       | <b>5 o más</b>             |
| 5. ¿Bebe bebidas dulces (soda, te dulce, bebidas deportivas, Jugos de fruta, Kool-Aid, café dulce)? | <b>Nada</b>       | <b>1-2 /semana</b>    | <b>Todos los días</b>      |
| 6. ¿Repite los platos que le sirven?  | <b>Casi nunca</b> | <b>A menudo</b>       | <b>Siempre</b>             |
| 7. ¿Tamaño de la porción más grande que el puño?  | <b>Casi nunca</b> | <b>A menudo</b>       | <b>Siempre</b>             |
| 8. ¿Come caramelos, galletas, tortitas, chips o postres?  | <b>Casi nunca</b> | <b>A menudo</b>       | <b>Todos los días</b>      |
| 9. ¿Comen en restaurantes de comida rápida?   | <b>Casi nunca</b> | <b>Una vez/semana</b> | <b>Varias veces/semana</b> |
| 10. ¿Otros restaurantes?  | <b>Casi nunca</b> | <b>Una vez/semana</b> | <b>Varias veces/semana</b> |

11. ¿La familia come junta en la cena? **Casi nunca** **A menudo** **Siempre**
12. ¿Total de horas que ven TV o juegan con la Computadora, I-pad o juegos de video? (No cuenta las tareas de la escuela en la computadora) **Menos de 2 horas** **2-4 horas** **5 o más horas**
13. ¿Tiene TV en su cuarto? **Si** **No**
14. ¿Come en frente de la TV o mientras juega Con la computadora o juegos de video? **Si** **No**
15. ¿Tiempo que pasan cada día en actividad física Incluyendo jugando afuera, ejercicios, deportes? **1 hora o más** **30 minutos** **Menos de 30 minutos**
16. ¿Que tipo de actividad física practica su niño/a? \_\_\_\_\_
17. ¿Que come su criatura en el desayuno? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
18. ¿Que come su criatura en el almuerzo? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
19. ¿Su criatura compra o lleva su almuerzo en la escuela **Lleva** **Compra**
20. ¿Que comidas come su criatura generalmente para la cena? \_\_\_\_\_
21. ¿Alguien (familia, amigos, maestra, medico, etc.) le han dicho que se Preocupan porque su criatura tiene sobrepeso? **Si** **No**

Si contesto "si" al # 21, por favor complete las siguientes preguntas:

- ¿Tomando una escala del 1 al 10, con el 1 siendo el que menos le preocupa, y el 10 siendo la mayor preocupación, que nivel de preocupación siente usted con respecto al peso de su criatura hoy?
 

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Casi nada</b>					<b>Algo</b>				<b>Mucho</b>
- ¿Tomando una escala del 1 al 10, con el 1 siendo el que menos disposición tiene y el 10 la mayor disposición que tiene de hacer cambios en el comportamiento de comer y en las actividades de su familia y de su criatura?
 

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Casi nada</b>					<b>Algo</b>				<b>Mucho</b>

**22. Por favor chequear abajo cualquiera de los cambios en estilo de vida que quisiera planificar con la enfermera y con el médico hoy:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aprender a comer menos en las comidas<br><input type="checkbox"/> Comprender la señales del hambre y la plenitud de mi Criatura<br><input type="checkbox"/> Aumentar las frutas y vegetales<br><input type="checkbox"/> Comer desayuno todos los días<br><input type="checkbox"/> Mejorar las meriendas de mi criatura | <input type="checkbox"/> Mejorar las comidas de mi criatura<br><input type="checkbox"/> Metas e ideas para comer afuera<br><input type="checkbox"/> Cambiar las bebidas de mi criatura<br><input type="checkbox"/> Metas para la TV, video o juegos de Computadora<br><input type="checkbox"/> Ayudar a mi criatura a ser más activa |
|---|--|