

# ¿Qué comes usted? - Cuestionario de frecuencia de alimentos

(Edades 8-19)

**Circule el nombre de los alimentos que come la mayoría de las veces:**

**Hierro/Proteína**

Pollo/Pavo Carne de res Jamón/cerdo Mariscos Huevos Tofu  
Hot dog Hamburguesa Pollo frito Pizza Tacos  
Burrito de carne/frijol Pasta Espaguete con albóndigas  
Cacahuate Crema de cacahuate Arroz Sopa de fideo  
Frijoles/lentejas Tortilla Pan blanco Pan integral Cereal  
Pan Dulce Papa Vegetales de hoja verde oscuro

**Frutas y vegetales**

Manzana Plátano Uvas Pera Durazno 100% Jugo  
Fresas Piña Naranja Melón Cantalupo Melón Honeydew  
Pimiento Chile Tomate Ensalada Verde Pepino  
Mango Brócoli Repollo Vegetales de hoja verde oscuro  
Zanahoria Chícharos Ejotes Maíz Papa Camote

**Bocadillo**

Galletas dulces Pastel de fruta Donas Dulces Chocolate  
Chips Bolitas de queso Papas Fritas Pan Mexicano Bagels  
Palomitas de maíz Pretzels Galletas saladas Frutas Vegetales

**Bebidas**

Agua 100% Jugo Soda Soda con sabor a fruta  
Bebidas deportivas Bebidas energizantes Bebidas de sabores  
Café Bebidas de café Té Té endulzado Té de hierbas  
Cerveza Vino Wine Cooler Bebidas alcohólicas

**Calcio**

Leche sin grasa Leche 1% Leche 2 % Leche entera  
Leche sin lactosa Queso Queso cottage Yogur  
Malteada Helado Leche de soya fortificada con calcio  
Jugo 100% fortificado con calcio Tofu Tempeh Soya  
Vegetales de hoja verde oscuro Higos secos Ciruelas pasas  
Naranjas Almendras Mantequilla de almendras Tahini Frijoles Tortilla de maíz

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_lb **Altura:** \_\_\_\_pulg **IMC:** \_\_\_\_ **IMC %il:** \_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Office use only:*

*Circle to indicate the topics discussed:*

Healthy eating  
Regular meals/snacks  
Importance of breakfast  
Inadequate food supply  
Low fat dairy foods  
High sugar foods  
Other: \_\_\_\_\_

**Iron/Protein**

2-3 servings daily  
High iron foods  
Plant protein sources such as  
beans, peas, lentils, nuts, etc.  
Limit high fat foods

**Fruits and Vegetables**

2-4 fruits daily or more  
3-5 vegetables daily or more  
Vitamin C sources  
Vitamin A sources

**Calcium**

3-4 servings dairy foods/day  
Nonfat or 1 % milk  
Lowfat dairy choices  
Low lactose alternative  
Calcium fortified foods  
Other food sources of calcium

**Snacks**

High-sugar snacks  
High-fat snacks  
Fruit/vegetable snacks  
Fast foods

**Drinks**

< 8-12 oz/day 100% juice  
6-8 glasses of water (8 ounces each)/day  
Sweetened drinks  
Alcohol/caffeine

**Referred for identified nutrition problem?** Yes No

If yes, where: \_\_\_\_\_

Provider initials: \_\_\_\_\_

# ¿Qué comes usted? - Evaluación Juvenil de Nutrición y Actividad

(Edades 8 - 19)

**Favor de proveer información adicional sobre su comida, actividad y hábitos:**

## Hábitos alimenticios

¿Come o bebe las siguientes comidas? Circule una respuesta por comida.

Desayuno **Siempre Usualmente A veces Nunca**

Bocadillo de la mañana **Siempre Usualmente A veces Nunca**

Almuerzo **Siempre Usualmente A veces Nunca**

Bocadillo de la tarde **Siempre Usualmente A veces Nunca**

Cena **Siempre Usualmente A veces Nunca**

Bocadillo de la noche **Siempre Usualmente A veces Nunca**

**Nunca**

## Ejercicio/actividad física

¿Cuántas horas al día?

Mira televisión \_\_\_\_\_ horas al día

Usa teléfono celular \_\_\_\_\_ horas al día

Juegos de video/computadora \_\_\_\_\_ horas al día

Usa el internet \_\_\_\_\_ horas al día

¿Participa en clases de educación física en la escuela? **Sí No**

Circule todo en lo que participe:

Caminar      Correr      Bicicleta      Artes marciales

Baile      Yoga      Nadar      Patinar

Baloncesto      Softball      Fútbol      Voleibol

Otras actividades o deportes: \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido estás físicamente activo?

\_\_\_\_\_ Veces por semana      \_\_\_\_\_ Minutos al día

## Peso/imagen corporal

Circule uno. ¿Qué está tratando de hacer con su peso?

Mantener      Perder      Aumentar      No preocupado/a

¿Come menos para controlar su peso? **Sí No**

Explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te has provocado vomito? **Sí No**

Si es así ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Cuando fue la última vez? \_\_\_\_\_

¿Comes en exceso? **Sí No**

Si es así ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Cuando fue la última vez? \_\_\_\_\_

Circule todo lo que uses:

Píldoras de dieta      Laxantes      Multivitaminas      Calcio

Hierro      Vitamina D      Proteína en polvo

Suplementos nutricionales      Esteroides

¿Qué otros productos usas?

Explicar: \_\_\_\_\_

*Office use only*

*Complete assessment below using all information provided:*

## Eating Habits

Overall diet adequate **Yes No**

3 meals and snacks **Yes No**

High iron foods **Yes No**

Calcium foods **Yes No**

5 or more fruits/vegetables **Yes No**

Adequate fluids **Yes No**

## Exercise/Physical Activity

Limits use of TV, phone, internet, video or computer games to ≤ 1-2 hours/day

**Yes No**

Goal set: \_\_\_\_\_

Engages in physical activity

(60 minutes/day or more) **Yes No**

Goal set: \_\_\_\_\_

Referral made **Yes No**

Referred to: \_\_\_\_\_

## Weight/Body Image

BMI %ile \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**BMI between 5th and 85th %iles**

**BMI ≤ 5th %ile**

**BMI between 85th and 95th %iles**

**BMI ≥ 95th %ile**

Signs of eating disorder **Yes No**

Counseling given **Yes No**

Topics: \_\_\_\_\_

Goal set: \_\_\_\_\_

Referral made **Yes No**

Referred to: \_\_\_\_\_