

¿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
Cacahuete Crema de cacahuete 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: _____