

5210 Formulario de Hábitos Saludables edades 2 -9

Estamos interesados en la salud y bienestar de todos nuestros pacientes. Por favor tome un momento para contestar las siguientes preguntas.

Nombre del Niño (a): _____

Edad: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿Cuántas porciones de frutas o vegetales consume al día? _____ Una porción se identifica más fácilmente por el tamaño de la palma de tu mano.
2. ¿Cuántas veces a la semana su niño(a) come su cena en la mesa en conjunto con el resto de la familia? _____
3. ¿Cuántas veces a la semana su niño(a) come desayuno? _____
4. ¿Cuántas veces a la semana su niño(a) come comida rápida o comidas preparadas fuera del hogar? _____
5. ¿Cuánto tiempo recreacional (fuera del trabajo escolar) su niño(a) pasa al frente de una pantalla diariamente? _____
6. ¿Hay una televisión o aparatos electrónicos conectados al Internet en la recámara de su niño(a)? _____
7. ¿Cuántas horas su niño(a) duerme cada noche? _____
8. ¿Cuánto tiempo al día se mantiene físicamente activo su niño(a)? _____ (Respiración/Ritmo Cardíaco Rápido o Sudar)?
9. ¿Cuántas porciones de 8 onzas su niño(a) consume diariamente de las siguientes categorías?

100% Jugo _____	Leche Entera _____
Agua _____	Soda o ponche _____
Bebidas de Deportes o Frutas _____	Leche sin grasa (descremada), baja en grasa (1%) o leche reducida en grasa (2%) _____
10. Basándose en sus respuestas, ¿hay UNA cosa que a usted le gustaría ayudar a su niño(a) a cambiar? Por favor seleccione una de las siguientes:
 - Comer frutas y vegetales.
 - Comer menos comida rápida/preparada fuera del hogar.
 - Tomar menos soda, jugo, o ponche.
 - Tomar más agua.
 - Pasar menos tiempo viendo la tele/películas y jugando juegos de video/computadora.
 - Remover la tele de la recámara.
 - Ser más activo – hacer más ejercicio.
 - Dormir más.



Healthy Choices Count!

www.iowahealthieststate.com/5210

Por favor entregue el formulario completado a su médico. **Gracias!**