

5210 Formulario de Hábitos Saludables edades 2 -9

Nombre del Niño
(a): _____

Edad: _____ Fecha de hoy: _____

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

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.

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



Healthy Choices Count!

www.iowahealthieststate.com/5210