

Cuestionario para adultos sobre alimentos - Post-encuesta

INSTRUCCIONES

Por favor marque la respuesta que mejor describe cómo actúa normalmente.



DO NOT COPY

P1 ¿Cuántas veces al día consume frutas?

Ejemplos de frutas: manzanas, plátanos/bananos, naranjas, uvas, pasas de uva, melón y bayas. Incluye frutas frescas, congeladas, secas o enlatadas. *No incluye jugos.*

- Casi nunca consumo frutas
- Menos de 1 vez al día (un par de veces a la semana)
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día

P2 ¿Cuántas veces al día consume vegetales?

Ejemplos de vegetales: ensaladas de hojas verdes, maíz, ejotes, zanahorias, papas, vegetales de hojas verdes y calabaza. Incluye vegetales frescos, enlatados y congelados. *No incluye papas fritas, papitas fritas (chips) ni arroz.*

- Casi nunca consumo vegetales
- Menos de 1 vez al día (un par de veces a la semana)
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día



P3 Durante la última semana, ¿cuántos días consumió vegetales rojos y anaranjados?

Ejemplos de vegetales rojos o anaranjados: tomates, pimientos rojos, zanahorias, camotes, calabacín de invierno y calabaza.

- No consumí vegetales rojos ni anaranjados
- 1 día a la semana
- 2 días a la semana
- 3 días a la semana
- 4 días a la semana
- 5 días a la semana
- 6 o 7 días a la semana

P4 Durante la última semana, ¿cuántos días consumió vegetales de color verde oscuro?

Ejemplos de vegetales de color verde oscuro: brócoli, espinaca, lechuga de color verde oscuro, hojas de nabo u hojas de mostaza.

- No consumí vegetales de color verde oscuro
- 1 día a la semana
- 2 días a la semana
- 3 días a la semana
- 4 días a la semana
- 5 días a la semana
- 6 o 7 días a la semana



P5 ¿Con qué frecuencia consume refrescos/bebidas gaseosas regulares (no dietéticos)?

- Nunca
- 1-3 veces a la semana
- 4-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día

P6 ¿Con qué frecuencia bebe ponche de frutas, bebidas de frutas, té dulce o bebidas deportivas?

- Nunca
- 1-3 veces a la semana
- 4-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día



P7 ¿Diría usted que su estado de salud general es:

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo



P8 Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, **en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud física no fue bueno?**

P9 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, **en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?**

P10 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud mental o física **le impidieron realizar sus actividades habituales**, tales como cuidados personales, trabajo o recreación?



Por favor cuéntenos de usted

P11 ¿Cómo se describiría?

- Hispánico/Latino
- No-Hispánico/Latino
- Prefiero no responder

P12 ¿Cómo se describiría? (Marque todos que apliquen.)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico
- Blanco
- Otro (especifique aquí)

Prefiero no responder

P13 ¿Cómo se describiría?

- Femenino
- Masculino
- Otro (especifique aquí) _____
- Prefiero no responder

P14a ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Elija el mes de su nacimiento.

- Enero
- Febrero
- Marzo
- Abril
- Mayo
- Junio
- Julio
- Agosto
- Septiembre
- Octubre
- Noviembre
- Diciembre

P14b Elija el día de su nacimiento.

▼ 1 ... 31

P15 ¿Cuál es la inicial de su segundo nombre?

▼ A ... Z

P16 ¿Qué edad tiene?

▼ 18 ... 99

Enviar

¡Gracias por responder esta encuesta!

DO NOT COPY