

En una semana típica...	Sí	No
1. ¿Su familia cena mientras mira televisión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Usa usted comida como recompensa por buen comportamiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Controla usted qué cantidad de papitas, galletitas, y dulces consume su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene usted una rutina u horario de dormir para su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una semana típica...	<8	8-9	9-10	>10
5. ¿Cuántas hora duerme su niño cada noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una semana típica...	<7	7-14	14+
6. ¿Cuántas horas de televisión mira su niño/a por día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cuántas horas por día pasa su niño/a frente a la computadora o jugando a los video juegos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una semana típica con qué frecuencia	Sí	No
8. ¿Tiene su niño/a un televisor en su habitación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Controla usted la cantidad de televisión que mira su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una semana típica...	Casi Nunca	Con A veces	Frecuencia	Casi Siempre
10. ¿Con qué frecuencia desayuna su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Con qué frecuencia comparte su familia por lo menos una comida cada día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Con qué frecuencia come su familia en "comida rápida" durante la semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Con qué frecuencia come su familia frutas y/o vegetales con su plato principal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Con qué frecuencia usa usted comida "pre-almacenada" (por ejemplo: pizza congelada) como su plato principal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Con qué frecuencia prepara su familia comida fresca (como pasta, pollo) como su plato principal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Con qué frecuencia bebe refrescos embotellados o Kool-Aid durante aperitivos o durante la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Con qué frecuencia su familia bebe jugo 100% de fruta o leche de bajas calories durante aperitivos o durante la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Con qué frecuencia participa usted en por lo menos 30 minutos de actividad física por día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Con qué frecuencia su familia juega juegos al aire libre, anda en bicicleta, o caminan juntos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Con qué frecuencia participa su niño/a en actividad física durante su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Número de Actividades Organizadas Durante el año pasado	0-1	1-2	3-4	5+
21. ¿Ha participado su niño/a en deportes organizados con entrenador(coach) o lider (ejemplo: Fútbol) o en actividades grupales organizadas que incluyen actividad física (ejemplo: lecciones de natación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>