

|                            |                              |                      |                      |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| Primera letra de su nombre | Primera letra de su apellido | Mes de su nacimiento | Día de su nacimiento |
| A-Z                        | A-Z                          | 01-12                | 01-31                |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ANTES  
 DESPUÉS

Condado: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_



1. Mi hijo/a se sienta y come sus alimentos con un adulto.

No/raramente   
  A veces   
  A menudo   
  Muy a menudo



2. Mi hijo/a come bocadillos casi a la misma hora todos los días.

No/raramente   
  A veces   
  A menudo   
  Muy a menudo



3. Le advierto a mi hijo/a que no le daré una golosina si no come.

No/raramente   
  A veces   
  A menudo   
  Muy a menudo



4. Mi hijo/a me ve comiendo verduras.

No/raramente   
  A veces   
  A menudo   
  Muy a menudo



5. Preparo, por lo menos, un alimento que sé que mi hijo/a comerá.

No/raramente   
  A veces   
  A menudo   
  Muy a menudo



6. Mi hijo/a cena casi a la misma hora todos los días.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



7. Le ruego a mi hijo/a que coma sus alimentos.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



8. Le recuerdo a mi hijo/a que siga comiendo.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



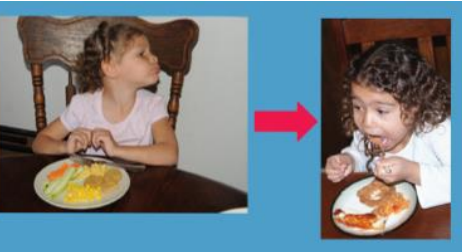
9. Mi hijo/a se salta comidas.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



10. Si a mi hijo/a no le gusta un alimento, evito servirse de nuevo.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo

11. Por favor comparta con nosotros qué cambios, si los hubo, ha hecho desde que tomó estas clases.

**\*\*\*Por favor SALTAR esta pregunta en pre-encuesta. Solo para post-encuesta.\*\*\***

**¡Gracias!**