

Herramienta de evaluación de Familia Sana, Familia Feliz

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

Herramienta de evaluación de Familia Sana, Familia Feliz



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



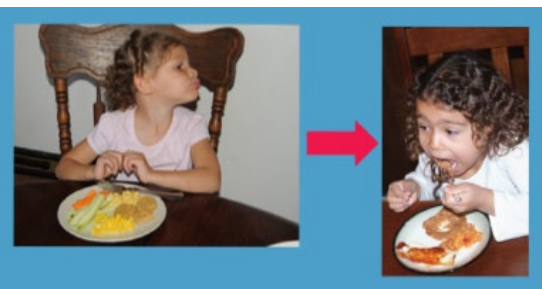
9. Mi hijo/a se salta comidas.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



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

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo

¡Gracias!