



Estimado padre de familia,

¡Nos da gusto saludarlo! Somos CalFresh Healthy Living, University of California (UC). Nuestro programa enseña a los jóvenes acerca de comer saludablemente y hábitos de actividad física. Nuestra meta es ayudar a los estudiantes a mantenerse sanos. Nuestro programa está financiado por el USDA. Este programa es gratis para su escuela o la comunidad.

Para saber si nuestras lecciones dan los resultados esperados, le pedimos que llene esta encuesta. Sin embargo, llenar esta encuesta es totalmente voluntario. La palabra *voluntario* quiere decir que puede aceptar o rechazar llenar la encuesta. Usted decide. También puede saltarse las preguntas que no quiera responder. Pero esperamos que responda todas las preguntas. Cualquier información acerca de usted será confidencial. No compartimos su nombre o número de identificación (id).

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, ¡solo tiene que preguntarnos!

Nombre de su educador local de CalFresh Healthy Living, UC: _____

Número de teléfono: _____

También puede contactar a nuestro director de CalFresh Healthy Living, UC:
Kamaljeet Khaira, Universidad de California en Davis, 1632 DaVinci Court Room #31,
Davis CA 95618, (530) 752-0555

Si tiene alguna preocupación o reclamo sobre nuestra evaluación de CalFresh Healthy Living, UC, puede comunicarse con el Comité Institucional de Revisión de Protocolos (IRB), Universidad de California en Davis, (916) 703-9151, 8 am a 5pm, lunes a viernes o puede escribir una carta y enviarla a Institutional Review Board, CTSC Bldg., Suite 1400, Rm. 1429, 2921 Stockton Blvd., Sacramento, California 95817.

Este material es financiado a través de un acuerdo conjunto entre el USDA/FNS, CDSS CalFresh Healthy Living Section, UC Davis y la UC Cooperative Extension (UCCE). Estas instituciones son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. CalFresh Food proporciona asistencia a hogares de bajos ingresos y puede ayudar a comprar alimentos nutritivos para una mejor salud. Para más información, llame al 1-877-847-3663.

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| 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



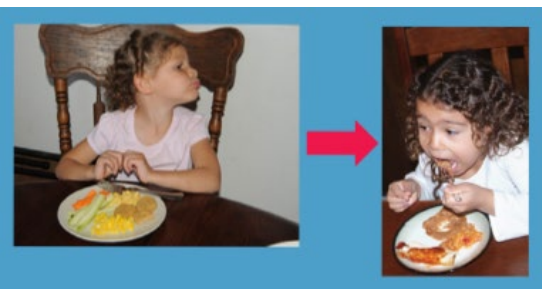
9. Mi hijo/a se salta comidas.

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo



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

No/raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo

¡Gracias!