

DESAYUNO

1. ¿Durante la última semana, comió usted un desayuno que incluyó por lo menos 3 grupos de alimentos?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted un desayuno que incluye por lo menos 3 grupos de alimentos?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Breakfast

(ITC 2018: desayuno)

DESAYUNO

1. ¿Durante la última semana, comió usted un desayuno que incluyó por lo menos 3 grupos de alimentos?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted un desayuno que incluye por lo menos 3 grupos de alimentos?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Breakfast

(ITC 2018: desayuno)

COMIDAS RÁPIDAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted comidas rápidas (comida chatarra) más de 1 (una) vez?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted comidas rápidas?

Lo mismo que antes

Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fast Foods

(ITC 2015: comidas rápidas)

COMIDAS RÁPIDAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted comidas rápidas (comida chatarra) más de 1 (una) vez?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted comidas rápidas?

Lo mismo que antes

Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fast Foods

(ITC 2015: comidas rápidas)

GRUPOS DE ALIMENTOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted alimentos de todos los 5 grupos de alimentos cada día?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted alimentos de todos los 5 grupos de alimentos cada día?

Lo mismo que antes

Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Food Groups

(ITC 2015: grupos de alimentos)

GRUPOS DE ALIMENTOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted alimentos de todos los 5 grupos de alimentos cada día?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted alimentos de todos los 5 grupos de alimentos cada día?

Lo mismo que antes

Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Food Groups

(ITC 2015: grupos de alimentos)

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, usó usted las recomendaciones nutricionales en las etiquetas para escoger los alimentos?  Sí  No

2. ¿La próxima vez que usted va a comprar alimentos, usará usted las recomendaciones nutricionales en las etiquetas para escoger los alimentos?  Sí  Tal vez  No

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Food Labels

(ITC 2018: etiquetas de los alimentos)

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, usó usted las recomendaciones nutricionales en las etiquetas para escoger los alimentos?  Sí  No

2. ¿La próxima vez que usted va a comprar alimentos, usará usted las recomendaciones nutricionales en las etiquetas para escoger los alimentos?  Sí  Tal vez  No

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Food Labels

(ITC 2018: etiquetas de los alimentos)

ALIMENTOS FRITOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted  
alimentos fritos 2 (dos) o más veces?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá  
usted alimentos fritos?

- Lo mismo que antes  
 Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fried Foods

(ITC 2018: alimentos fritos)

ALIMENTOS FRITOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted  
alimentos fritos 2 (dos) o más veces?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá  
usted alimentos fritos?

- Lo mismo que antes  
 Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fried Foods

(ITC 2018: alimentos fritos)

FRUTAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted frutas 2 (dos) o más veces al día?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted frutas?

Lo mismo que antes

Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fruit

(ITC 2015: frutas)

FRUTAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted frutas 2 (dos) o más veces al día?

Sí

No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted frutas?

Lo mismo que antes

Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Fruit

(ITC 2015: frutas)

GRANOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted cereales integrales (grano entero) o sus productos cada día?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted cereales integrales (grano entero) o sus productos?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Grains

(ITC 2015: granos)

GRANOS

1. ¿Durante la última semana, comió usted cereales integrales (grano entero) o sus productos cada día?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted cereales integrales (grano entero) o sus productos?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Grains

(ITC 2015: granos)

1. ¿Durante la semana pasada, tomó o comió usted productos lácteos bajos en grasa al menos 2 (dos) veces al día?  Sí  No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia va a tomar o comer usted productos lácteos bajos en grasa?  Lo mismo que antes  Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Lower-Fat milk

(ITC 2015: baja en grasa)

1. ¿Durante la semana pasada, tomó o comió usted productos lácteos bajos en grasa al menos 2 (dos) veces al día?  Sí  No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia va a tomar o comer usted productos lácteos bajos en grasa?  Lo mismo que antes  Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Lower-Fat milk

(ITC 2015: baja en grasa)



PORCIONES

1. ¿Durante la semana pasada, escogió usted una cantidad de más pequeña de alimentos o bebidas al menos 1 (una) vez?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia escogerá usted una cantidad más pequeña de alimentos o bebidas?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Portions

(ITC 2015: porciones)

PORCIONES

1. ¿Durante la semana pasada, escogió usted una cantidad de más pequeña de alimentos o bebidas al menos 1 (una) vez?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia escogerá usted una cantidad más pequeña de alimentos o bebidas?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Portions

(ITC 2015: porciones)

BEBIDAS ENDULZADAS

1. ¿Durante la semana pasada, tomó usted una bebida endulzada (refrescos que no son de dieta, bebidas deportivas, ponches de fruta, té o otras bebidas endulzadas con azúcar) cada día?  Sí  No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia tomará usted bebidas endulzadas?  Lo mismo que antes  Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Sweetened Beverages

(ITC 2018: bebidas endulzadas)

BEBIDAS ENDULZADAS

1. ¿Durante la semana pasada, tomó usted una bebida endulzada (refrescos que no son de dieta, bebidas deportivas, ponches de fruta, té o otras bebidas endulzadas con azúcar) cada día?  Sí  No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia tomará usted bebidas endulzadas?  Lo mismo que antes  Menos que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Sweetened Beverages

(ITC 2018: bebidas endulzadas)

VERDURAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted más de un tipo de verduras cada día?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted más de un tipo de verduras cada día?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Vegetables

(ITC 2015: verduras)

VERDURAS

1. ¿Durante la última semana, comió usted más de un tipo de verduras cada día?

- Sí  
 No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia comerá usted más de un tipo de verduras cada día?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Vegetables

(ITC 2015: verduras)

LISTA

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, hizo usted una lista antes de ir a la tienda?

- Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted vaya a comprar alimentos, hará usted una lista antes de ir a la tienda?

- Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

List

(ITC 2016: lista)

LISTA

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, hizo usted una lista antes de ir a la tienda?

- Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted vaya a comprar alimentos, hará usted una lista antes de ir a la tienda?

- Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

List

(ITC 2016: lista)

COMIDAS

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, planeó usted las comidas antes de ir a la tienda?

- Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted vaya a comprar alimentos, planeará usted las comidas antes de ir a la tienda?

- Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Meal

(ITC 2016: comidas)

COMIDAS

1. ¿La última vez que usted compró alimentos, planeó usted las comidas antes de ir a la tienda?

- Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted vaya a comprar alimentos, planeará usted las comidas antes de ir a la tienda?

- Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Meal

(ITC 2016: comidas)

PRECIOS POR UNIDAD

1. ¿La última vez que usted hizo las compras, comparó usted los precios por unidad antes de escoger los alimentos?  Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted haga las compras, comparará usted los precios de unidad antes de escoger los alimentos?  Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Unit Prices

(ITC 2016: precios por unidad)

PRECIOS POR UNIDAD

1. ¿La última vez que usted hizo las compras, comparó usted los precios por unidad antes de escoger los alimentos?  Sí  
 No

2. ¿La próxima vez que usted haga las compras, comparará usted los precios de unidad antes de escoger los alimentos?  Sí  
 Tal vez  
 No

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Unit Prices

(ITC 2016: precios por unidad)

ACTIVIDAD FÍSICA (mins)

1. Durante la semana pasada, ¿estuvo usted activo físicamente por lo menos 30 minutos la mayoría de los días?  Sí  No

2. En la próxima semana, ¿con qué frecuencia estará usted activo físicamente por lo menos 30 minutos al día?  Lo mismo que antes  Más que antes

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Physical Activity (minutes)

(ITC 2018: actividad física/minutos)

ACTIVIDAD FÍSICA (mins)

1. Durante la semana pasada, ¿estuvo usted activo físicamente por lo menos 30 minutos la mayoría de los días?  Sí  No

2. En la próxima semana, ¿con qué frecuencia estará usted activo físicamente por lo menos 30 minutos al día?  Lo mismo que antes  Más que antes

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Physical Activity (minutes)

(ITC 2018: actividad física/minutos)

ACTIVIDAD FÍSICA (horas)

1. Durante la semana pasada, ¿participó usted en actividad física moderada por lo menos 2 ½ horas?

- Sí  
 No

2. En la próxima semana, ¿con qué frecuencia participará usted en actividad física moderada?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Physical Activity (hours)

(ITC 2018: actividad física/horas)

ACTIVIDAD FÍSICA (horas)

1. Durante la semana pasada, ¿participó usted en actividad física moderada por lo menos 2 ½ horas?

- Sí  
 No

2. En la próxima semana, ¿con qué frecuencia participará usted en actividad física moderada?

- Lo mismo que antes  
 Más que antes

Por favor comparta con nosotros cómo esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

Physical Activity (hours)

(ITC 2018: actividad física/horas)