



Herramienta de alimentación y actividades para estudiantes (EATS)

Actualizado en junio de 2022

Creado por el Instituto de Políticas Nutricionales de la Universidad de California para el Departamento de Salud Pública de California; financiado por el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA), un proveedor y empleador que ofrecen igualdad de oportunidades.

Algunas partes de esta encuesta fueron adaptadas a partir del Proyecto de Actividad Física y Nutrición Escolar (School Physical Activity and Nutrition, SPAN) (Universidad de Texas en Austin).

Cover Page - to be completed by UCCE

PEARS Program Activity ID: _____

Site Name: _____

Classroom (teacher): _____

County: _____ Pre Post Date: _____

Data Collection: Paper Survey Online – [add PEARS survey link](#)



Hola,

Somos CalFresh Healthy Living, Universidad de California (CFHL, UC). Enseñamos lecciones sobre alimentación y ejercicio para ayudar a los estudiantes a mantenerse saludables. El USDA nos ayuda a dar lecciones gratuitas.

Para saber si nuestras lecciones funcionan, le pedimos que complete una encuesta. Esto nos ayuda a mejorar nuestro programa.

- Es su decisión hacer la encuesta o no.
- Puedes omitir preguntas o no.
- Es su decisión.



Pero esperamos que responda todas las preguntas.

No compartiremos su nombre o número de identificación.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor pregúntenos.

Nombre de su educador local de CFHL, UC: _____

Número de teléfono: _____

También puede contactar a nuestro director de CalFresh Healthy Living, UC: Kamaljeet Khaira, Universidad de California en Davis, 1651 Alhambra Blvd, Suite 130, Sacramento, CA 95816, (916) 450-2800.

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.

ID# de Estudiante

1. El/La Educador(a) de UCCE te dará instrucciones para ayudarte a completar tu número de identificación de estudiante (ID#).
Si el número de identificación ya aparece en esta forma, continua con las instrucciones.

ID#: o

Primera letra de <u>su</u> nombre	Primera letra de <u>su</u> primer apellido
A-Z <input type="text"/>	A-Z <input type="text"/>

Instrucciones: se trata de una encuesta sobre lo que comen y beben, así como de su actividad física. Para cada pregunta, rellena la burbuja (O) de **la** respuesta que consideres mejor o la casilla (□) para cada respuesta verdadera.

Información del estudiante – Solo complete para pre-encuesta

2. ¿Qué edad tienes? 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
3. ¿En qué grado estás? 4.^o 5.^o 6.^o 7.^o 8.^o 9.^o 10.^o 11.^o 12.^o
4. ¿Cómo te describes a ti mismo? *Elige las casillas (□) que mejor te describen.*
 - indio americano o nativo de Alaska
 - asiático
 - negro o afroamericano
 - latino o hispano (mexicano, salvadoreño, guatemalteco, etc.)
 - nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
 - blanco
 - Otro: _____

Las siguientes preguntas son sobre **lo que comiste y bebiste ayer**.

5. ¿Asististe **ayer** a la escuela?
 - Sí
 - No
6. Ayer, en el desayuno:
 - Comí el **desayuno escolar**
 - No comí el desayuno escolar
7. Ayer, en el almuerzo:
 - Comí el **almuerzo escolar**
 - No comí el almuerzo escolar



Frutas y Verduras

8. Ayer, ¿comiste **verduras altas en almidón**?

No incluyas papas fritas, papas a la francesa, otro tipo de papas que se fríen, papitas u otro tipo de chips.

No, ayer no comí ninguno de los alimentos mencionados arriba.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **1 vez**.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **2 veces**.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **3 veces o más**

Ejemplos: papas, maíz, chícharos



9. Ayer, ¿comiste **verduras anaranjadas**?

No, ayer no comí verduras anaranjadas.

Sí, ayer comí verduras anaranjadas **1 vez**.

Sí, ayer comí verduras anaranjadas **2 veces**.

Sí, ayer comí verduras anaranjadas **3 veces o más**.

Ejemplos: zanahorias, calabaza o camotes



10. Ayer, ¿comiste una **ensalada hecha con lechuga**, o algunas **verduras verdes**?

No, ayer no comí ensalada o verdura verde.

Sí, ayer comí una ensalada o verduras verdes **1 vez**.

Sí, ayer comí una ensalada o verduras verdes **2 veces**.

Sí, ayer comí una ensalada o verduras verdes **3 veces o más**.

Ejemplos: espinacas, ejotes, brócoli u otras verduras de hojas verdes



11. Ayer, ¿comiste **otras verduras**?

No, ayer no comí ninguno de los alimentos mencionados arriba.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **1 vez**.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **2 veces**.

Sí, ayer comí uno de estos alimentos **3 veces o más**.

Ejemplos: pimientos, tomates (jitomates), calabacitas (calabacines), espárragos, col (repollo), coliflor, pepinos, champiñones, berenjena, ajo o alcachofas



12. Ayer, ¿comiste **frijoles**?
No incluyas ejotes (habichuelas).

- No**, ayer no comí frijoles.
 Sí, ayer comí frijoles **1 vez**.
 Sí, ayer comí frijoles **2 veces**.
 Sí, ayer comí frijoles **3 veces o más**.

Ejemplos: frijoles pintos, frijoles horneados, frijoles hervidos, frijoles refritos o frijoles con puerco



13. Ayer, ¿comiste **frutas**? “Frutas” es cualquier fruta fresca, congelada, enlatada o seca (deshidratada).

No incluyas jugos de fruta.

- No**, ayer no comí ninguna fruta.
 Sí, ayer comí una fruta **1 vez**.
 Sí, ayer comí una fruta **2 veces**.
 Sí, ayer comí una fruta **3 veces**.
 Sí, ayer comí una fruta **4 veces**.
 Sí, ayer comí una fruta **5 veces o más**.

Ejemplos: manzanas, naranjas, plátanos, uvas, bayas, duraznos



14. Ayer, ¿tomaste un **jugo de fruta**? Jugo de fruta es una bebida que es **100% jugo de fruta**.
No incluyas ponche, bebidas deportivas u otras bebidas con sabor a frutas.

- No**, ayer no tomé ningún jugo de fruta.
 Sí, ayer tomé un jugo de fruta **1 vez**.
 Sí, ayer tomé un jugo de fruta **2 veces**.
 Sí, ayer tomé un jugo de fruta **3 veces o más**.



Ejemplos: jugo de naranja, de manzana o de uva

Sweetened Beverages

15. Ayer, ¿tomaste una **soda de dieta** o un refresco de dieta?

- No**, ayer no tomé ninguna soda de *dieta* o refresco de *dieta*.
- Sí, ayer tomé una soda de *dieta* o refresco de *dieta* **1 vez**.
- Sí, ayer tomé una soda de *dieta* o refresco de *dieta* **2 veces**.
- Sí, ayer tomé una soda de *dieta* o refresco de *dieta* **3 veces o más**.



Para las preguntas siguientes, **no incluyas** ninguna bebida dietética o sin azúcar.

16. Ayer, ¿tomaste ponche, bebidas deportivas u otras **bebidas con sabor a fruta**?
No incluyas bebidas de 100% jugo de fruta.

- No**, ayer no tomé ninguna de estas bebidas.
- Sí, ayer tomé una de estas bebidas **1 vez**.
- Sí, ayer tomé una de estas bebidas **2 veces**.
- Sí, ayer tomé una de estas bebidas **3 veces o más**.



17. Ayer, ¿tomaste una **soda** o refresco **regular**?
No incluyas sodas de dieta.

- No**, ayer no tomé ninguna soda o refresco *regular* (no de dieta).
- Sí, ayer tomé una soda o refresco *regular* (no de dieta) **1 vez**.
- Sí, ayer tomé una soda o refresco *regular* (no de dieta) **2 veces**.
- Sí, ayer tomé una soda o refresco *regular* (no de dieta) **3 veces o más**.



18. Ayer, ¿tomaste alguna botella, lata o vaso de **bebida energética**? Bebidas energéticas incluyen bebidas que contienen cafeína.

- No**, ayer no tomé ninguna bebida energética.
- Sí, ayer tomé bebidas energéticas **1 vez**.
- Sí, ayer tomé bebidas energéticas **2 veces**.
- Sí, ayer tomé bebidas energéticas **3 veces o más**.



19. Ayer, ¿tomaste una taza, botella o lata de café, té, té helado o una bebida de café **con azúcar**?
No incluyas bebidas energéticas.

- No**, ayer no tomé café o té *con azúcar*.
- Sí, ayer tomé café o té *con azúcar* **1 vez**.
- Sí, ayer tomé café o té *con azúcar* **2 veces**.
- Sí, ayer tomé café o té *con azúcar* **3 veces o más**.



20. Ayer, ¿tomaste algún tipo de **leche con sabor**?

- No**, ayer no tomé leche con sabor.
- Sí, ayer tomé leche con sabor **1 vez**.
- Sí, ayer tomé leche con sabor **2 veces**.
- Sí, ayer tomé leche con sabor **3 veces o más**.



Ejemplos: leche con sabor a chocolate u otro sabor, o bebidas hechas con leche – por ejemplo, una malteada

Agua

21. Ayer, ¿tomaste una botella o vaso de **agua**?
Incluye agua con gas o cualquier otra bebida de agua que contenga 0 calorías.

- No**, ayer no tomé agua.
- Sí, ayer tomé agua **1 vez**.
- Sí, ayer tomé agua **2 veces**.
- Sí, ayer tomé agua **3 veces o más**.



Actividad Física

Las siguientes preguntas se refieren a tu **actividad física**.

22. **La semana pasada**, ¿en qué días estuviste físicamente activo(a) un total de **por lo menos 60 minutos por día**?

Selecciona una opción por día.

- | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lunes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Martes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Miércoles | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jueves | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Viernes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sábado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Domingo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Suma todos los minutos que pasaste practicando cualquier tipo de actividad física que hiciera acelerar el ritmo del corazón y que te hiciera respirar con esfuerzo una parte del tiempo.



Ejemplos: básquetbol, fútbol (soccer), correr o trotar, bailar rápido, nadar, jugar tenis, andar en bicicleta rápido o cualquier otra actividad aeróbica similar

Las dos siguientes preguntas se refieren a las clases de actividad física, como la educación física, que tuviste durante la semana pasada. **No incluyas actividades fuera de la escuela, como clases de baile, ligas deportivas o artes marciales.**

23. **La semana pasada**, ¿qué días tuviste educación física?

Selecciona una opción por día.

- | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lunes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Martes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Miércoles | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jueves | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Viernes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |



24. **La semana pasada**, cuando tuviste educación física, ¿**cuánto tiempo** pasaste haciendo actividades físicas?

- La mayoría o todo el tiempo de la clase.
- Alrededor de la mitad del tiempo de la clase.
- Menos de la mitad del tiempo de la clase.
- La semana pasada no tuve una clase de actividad física como educación física.

Ejemplos: deporte, baile, juegos físicamente activos, u otras actividades que ponen el cuerpo en movimiento.

Aparte de la educación física, la última pregunta se refiere a las breves actividades físicas que tuviste en el salón de clases para ponerte en movimiento y aumentar tu nivel de energía durante la escuela la semana pasada.

25. **La semana pasada**, ¿en **qué días** tuviste breves actividades físicas en clase para ponerte en movimiento y aumentar tu nivel de energía?

No incluyas la clase de educación física.

Selecciona **una opción por día**.

- | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lunes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Martes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Miércoles | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jueves | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Viernes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Ejemplos: pausas para el cerebro, pausas para actividades de video, BEPA u otras pausas para movimiento en el salón de clases.