

1. Nombre del niño		Departamento de Salud y Servicios Humanos de N.C. Sección de salud para las mujeres y niños Formulario de monitoreo para la actividad física y comportamientos nutricionales	
2. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Niño <input type="checkbox"/> 2. Niña			
3. Fecha de nacimiento			
		Mes Día Año	
4. Raza: <input type="checkbox"/> 1. Caucásico <input type="checkbox"/> 2. Afro-amer. <input type="checkbox"/> 3. Nativo-amer. <input type="checkbox"/> 4. Asiático <input type="checkbox"/> 5. Nativo Hawaiano /Otro isleño del pacífico <input type="checkbox"/> 6. Desconocido Etnicidad: País de origen: _____ ¿Origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Desconocido		8. Persona completando el formulario: Nombre _____ Título _____ Fecha que se completo el formulario ____/____/____	
5. Altura del niño _____ pulg. Fecha ____/____/____			
6. Peso del niño _____ lb. _____ oz. Fecha ____/____/____			
7. País de residencia			
ACTIVIDAD E INACTIVIDAD FÍSICA			
9. NIVEL DE ACTIVIDAD - ¿Comparado con los niños de la misma edad y sexo, su niño es? <input type="checkbox"/> 01 – mucho más activo físicamente que la mayoría <input type="checkbox"/> 02 – un poco mas activo físicamente que la mayoría <input type="checkbox"/> 03 – Promedio – igual que todos <input type="checkbox"/> 04 – un poco menos activo físicamente que la mayoría <input type="checkbox"/> 05 – mucho menos activo físicamente que la mayoría <input type="checkbox"/> 09 – No lo sé / no estoy seguro		10. DÍAS DE EJERCICIO - ¿Cuántas veces, en los últimos 7 días, hizo ejercicio su niño o participó en una actividad física de al menos 20 minutos que le hizo sudar o respirar fuerte? <input type="checkbox"/> 01 - 1 día <input type="checkbox"/> 06 - 6 días <input type="checkbox"/> 02 - 2 días <input type="checkbox"/> 07 - 7 días <input type="checkbox"/> 03 - 3 días <input type="checkbox"/> 08 - 0 días <input type="checkbox"/> 04 - 4 días <input type="checkbox"/> 09 – No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 05 - 5 días	
11. TV EN UN DÍA DE LA SEMANA - ¿Cuántas horas de televisión ve su niño en un día típico de la semana? <input type="checkbox"/> 01 - 1 hora o menos <input type="checkbox"/> 05 - 5 horas <input type="checkbox"/> 02 - 2 horas <input type="checkbox"/> 06 - 6 horas o más <input type="checkbox"/> 03 - 3 horas <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 04 - 4 horas <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro		12. TV EN FIN DE SEMANA - ¿Cuántas horas de televisión ve su hijo usualmente en un típico fin de semana? <input type="checkbox"/> 01 - 1 hora o menos <input type="checkbox"/> 05 - 5 horas <input type="checkbox"/> 02 - 2 horas <input type="checkbox"/> 06 - 6 horas o más <input type="checkbox"/> 03 - 3 horas <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 04 - 4 horas <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro	
BEBIDAS ENDULZADAS			
13. VECES QUE TOMA REFRESCO - En un día típico, ¿cuántas veces bebe su niño refresco? <u>No</u> tome en cuenta el refresco de "dieta". <input type="checkbox"/> 01 - 1 vez <input type="checkbox"/> 02 - 2 veces <input type="checkbox"/> 03 - 3 o más veces <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro		14. VECES QUE TOMA BEBIDAS ENDULZADAS - En un día típico, ¿cuántas veces bebe su niño bebidas endulzadas como té dulce, punch, Kool-Aid, bebidas para deportes o bebidas de fruta? <u>No</u> tome en cuenta los jugos de fruta que son 100% naturales. <input type="checkbox"/> 01 - 1 vez <input type="checkbox"/> 02 - 2 veces <input type="checkbox"/> 03 - 3 o más veces <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro	
		15. CANTIDAD DE REFRESCO - ¿Cuánta cantidad de refresco u otra bebida endulzada bebe su hijo típicamente a la vez? <input type="checkbox"/> 01 - vaso pequeño (4 a 6 onzas) <input type="checkbox"/> 02 - vaso mediano (8 a 12 onzas) <input type="checkbox"/> 03 - vaso grande (16 a 20+ onzas) <input type="checkbox"/> 04 - 1 lata (12 onzas) <input type="checkbox"/> 05 - 1 botella (16 a 20 onzas) <input type="checkbox"/> 08 - No bebe típicamente refresco o soda <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro	
FRECUENCIA DE COMIDA RÁPIDA		CONSUMO DE SNACK CON GRASA	
16. COMIDA RÁPIDA - ¿Cuántas veces a la semana su niño come comidas de restaurantes de comida rápida como Burger King, Chick-Fil-A, Bojangles o Pizza Hut? <input type="checkbox"/> 00 - Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> 05 - Más de 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> 01 - Una vez a la semana <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 02 - 2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 03 - 3 a 5 veces a la semana		17. CHIPS - En un día típico, ¿cuántas veces come su niño papas fritas o chips? Chips son papas chips, tortilla chips, Cheetos, tortillas fritas de maíz u otras chips de snack. <input type="checkbox"/> 01 - 1 vez <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 02 - 2 veces <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 03 - 3 o más veces	
CONSUMO DE PRODUCTOS LÁCTEOS DE BAJO CONTENIDO GRASO			
18. CANTIDAD DE LECHE - En un día típico, ¿cuántos vasos de leche bebe su niño? (Un vaso es la cantidad de un cartón pequeño de la escuela o un vaso para beber de 8 onzas.) <input type="checkbox"/> 00 - <1 vaso <input type="checkbox"/> 04 - 4 o más vasos <input type="checkbox"/> 01 - 1 vaso <input type="checkbox"/> 08 - Ninguno <input type="checkbox"/> 02 - 2 vasos <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 03 - 3 vasos		19. TIPO DE LECHE - ¿Qué tipo de leche bebe su niño usualmente? <input type="checkbox"/> 01 - Skim o sin grasa <input type="checkbox"/> 05 – Skim o sin grasa saborizada <input type="checkbox"/> 02 - Sin grasa (1/2 - 1%) <input type="checkbox"/> 06 - 2% o entera saborizada <input type="checkbox"/> 03 - Bajo en grasa (2%) <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 04 - Entera	
CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS			
20. VEGETALES - En un día típico, ¿cuántas raciones de vegetales come su niño? No incluya papas fritas. <input type="checkbox"/> 01 - 1 ración <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 02 - 2 raciones <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 03 - 3 o más raciones		21. FRUTAS - En un día típico, ¿cuántas raciones de fruta come su niño? <input type="checkbox"/> 01 - 1 ración <input type="checkbox"/> 08 - Ninguna <input type="checkbox"/> 02 - 2 raciones <input type="checkbox"/> 09 - No lo sé / no estoy seguro <input type="checkbox"/> 03 - 3 o más raciones	