

# Cuestionario Sobre Su Dieta

## (De la última clase)



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Toma Ud. vitaminas o suplementos?  Si  No

Si su respuesta es si, haga una lista de ellas: \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia las toma? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero gastó en alimentos el mes pasado? \_\_\_\_\_

Como resultado de haber participado en esta clase, ahora ud. recibe:

Almuerzos escolares gratuitos/ a precioucido       Food from Food Pantries  
 Food Stamps/Cupones de Alimentos       Head Start       TANF/Welfare  
 WIC       Otros \_\_\_\_\_

**Actividad Física:**

30 a 60 minutos

Menos de 30 minutos

Mas de 60 minutos

**¿Qué ha comido y bebido en las últimas 24 horas?**

<b>Alimento y descripción del mismo</b>	<b>Cantidades</b>
Haga una lista de todos los alimentos y bebidas.	Cda/Tbl - cucharada      T/c - taza
Haga una lista por separado de los ingredientes en las comidas principales.	cdta/tsp - cucharadita      lb - libra
	oz - onza      Rbda/sl - rebanada
<b>1 – Desayuno</b>	
<b>2 – Merienda de Media Mañana</b>	

<b>Alimento y descripción del mismo</b> Haga una lista de todos los alimentos y bebidas. Haga una lista por separado de los ingredients en las comidas principales.	<b>Cantidades</b> Cda/Tbl - cucharada    T/c – taza cdta/tsp - cucharadita    lb – libra oz – onza                      Rbda/sl - rebanada
<b>3 – Almuerzo</b>	
<b>4 – Merienda de Media Tarde</b>	
<b>5 – Cena</b>	
<b>6 - Después de la Cena</b>	

