



Fecha _____

| | | | |
|----------------------|--------|------------------------|---------------------|
| Nombre de la agencia | | MBCIS ID | |
| Apellido | Nombre | Inicial/Segundo nombre | Fecha de nacimiento |

Por favor seleccione UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?

- Menos de 9° grado
 Algunas clases de Preparatoria
 Preparatoria o carrera equivalente
 Algunas clases universitarias
 Licenciatura
 No sé

2. En un día normal, ¿con qué frecuencia come **frutas y verduras**? *Incluyendo frutas y verduras frescas, enlatadas o congeladas.* (Por ejemplo: zanahorias, papas, brócoli, calabaza, manzanas, naranjas, plátanos, duraznos)

- Ninguna
 1-2 veces
 3-4 veces
 5-6 veces
 7-8 veces
 Más de 8 veces

3. En un día normal, ¿con qué frecuencia come o toma **productos lácteos**? (Por ejemplo: leche, yogurt, queso)

- Ninguna
 1 vez
 2 veces
 3 veces
 Mas de 3 veces
 Soy intolerante a la lactosa

3a. Cuando usted come o toma productos lácteos, ¿qué tipo de productos lácteos usa más seguido?

- N/A
 No estoy seguro
 Enteros
 Reducidos en grasas (2%)
 Bajos en grasa (1% o 1/2%)
 Sin grasas
 Leche de soya

4. En un día normal, ¿con qué frecuencia come **granos o productos de granos**? (Por ejemplo: pan, cereal, arroz, fideos/pasta, bagels, galletas, muffins/ quequis

- Ninguna
 1-2 veces
 3-4 veces
 5-6 veces
 7-8 veces
 Más de 8 veces

4a. Cuando usted come granos o productos de granos, ¿cuántos son de **grano entero**? (Por ejemplo: arroz integral, pan de trigo integral, avena, cereal All bran)

- N/A
 No estoy seguro/a
 Ninguna
 1
 2
 3
 Más de 3

5. ¿Que opina acerca de aprender a comer comida saludable?

- No estoy interesado/a
 Estoy un poco interesado/a en saber más
 Estoy muy interesado/a
 Recientemente he tratado de comer más saludable
 Ya como comida saludable

6. En una semana normal, ¿cuantos días participa en **actividades físicas planeadas**? (Por ejemplo: caminar, jardinería, bailar, correr, andar en bicicleta o cualquier cosa que haga latir su corazón más aprisa)

- Ninguno
 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días

6a. En los días en que usted practica una actividad física planeada, ¿cuánto tiempo pasa en **total** haciendo esta actividad?

- N/A
 Nada
 Menos de 10 minutos
 10-20 minutos
 20-30 minutos
 Más de 30 minutos

7. ¿Que opina de ser activo físicamente?

- No estoy interesado/a
 Estoy un poco interesado/a en saber mas
 Estoy muy interesado/a
 He tratado de ser más activo recientemente
 Ya soy muy activo

8. ¿Fuma cigarros?

- Diariamente(#/día _____)
 Algunos días(#/día _____)
 No
 Dejó de fumar: Fecha _____

9. ¿Que opina acerca de dejar de fumar?

- No estoy interesado/a
 Estoy un poco interesado/a en saber mas
 Estoy muy interesado/a
 He tratado de dejar de fumar recientemente
 No fumo