

# Proyecto para la revista de nutrición y de actividades físicas en escuelas (SPAN)

## Consentimiento del padre/madre

Nombre de persona que completará la encuesta: \_\_\_\_\_  
Favor de escribir en letra de molde

Núm. de teléfono 

--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

  
Código de área

Nombre del niño(a) de cuarto grado: \_\_\_\_\_

Escuela del niño(a) de cuarto grado: \_\_\_\_\_

Maestro(a) del niño(a) de cuarto grado: \_\_\_\_\_

Estimado(a) padre/madre:

Se está realizando esta encuesta en la escuela de su hijo(a) de cuarto grado, bajo el mando de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Texas, y del Departamento de Servicios de Salud del Estado. Quisiéramos pedirle que participe completando esta encuesta, lo que le llevará unos 20 minutos. Esto nos ayudará a comprender mejor los programas escolares que han sido elaborados para mejorar los hábitos alimenticios y de actividad física de los niños de Texas.

- El cuidador(a) principal del niño(a) de cuarto grado debe completar la encuesta.
- La encuesta le hace preguntas sobre la actividad física (ejercicio) y los hábitos alimenticios de usted y de su hijo(a) de cuarto grado, y sobre su familia y las cercanías de la escuela.
- No hay respuestas correctas o incorrectas.
- La participación de usted es algo voluntario. Su decisión en cuanto a participar no afectará a las calificaciones académicas de su hijo(a) ni a su capacidad para tomar parte en actividades escolares.
- Después que usted complete la encuesta, se le quitará esta página, en la que aparecen el nombre de usted y el de su hijo(a) de cuarto grado. Ésta página se mantendrá confidencial. Usted y su hijo(a) serán identificados sólo por medio de un número.
- La información que se obtenga es confidencial y se guardará en un sitio seguro. Estará disponible sólo para los científicos y su personal. Al terminarse el proyecto, será destruida.
- Es posible que se publiquen los resultados del estudio; sin embargo, en esos resultados no se mencionará ningún nombre de un estudiante, padre, madre o escuela.
- Puede saltarse a una pregunta si no quiere contestarla, y en cualquier momento puede dejar de contestar las preguntas o de participar en este proyecto.
- A usted no lo (la) pondrá en ningún riesgo completar la encuesta.
- Completar la encuesta implica que usted ha consentido en participar en el estudio.

Si tiene preguntas o dudas sobre este proyecto de investigación, por favor comuníquese con Carolyn Smith, Coordinadora del Proyecto, en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Texas (512-346-6163).

¡Le agradecemos de antemano su participación en este proyecto!

# SPAN

## Encuesta para padres de familia

**Instrucciones para indicar tus respuestas:** Favor de usar un lápiz de tipo número 2.  
 Rellena el círculo(s) por completo. Si quieres cambiar tu respuesta, borra la primera respuesta completamente.



**EJEMPLOS**



<p>1. Rellene la fecha de hoy.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ene.</td> <td><input type="checkbox"/> 2009</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Feb.</td> <td><input type="checkbox"/> 2010</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mar.</td> <td><input type="checkbox"/> 2011</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abr.</td> <td><input type="checkbox"/> 2012</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mayo</td> <td><input type="checkbox"/> 2013</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jun.</td> <td><input type="checkbox"/> 2014</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jul.</td> <td><input type="checkbox"/> 2015</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ago.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sept.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oct.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nov.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dic.</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ene.	<input type="checkbox"/> 2009	<input type="checkbox"/> Feb.	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> Mar.	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> Abr.	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> 2013	<input type="checkbox"/> Jun.	<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> Jul.	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> Ago.		<input type="checkbox"/> Sept.		<input type="checkbox"/> Oct.		<input type="checkbox"/> Nov.		<input type="checkbox"/> Dic.		<p>2. Rellene la edad de usted.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. Rellene el sexo de usted.</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>4. Rellene la edad de su hijo(a) de cuarto grado.</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p>	<p>5. ¿Es niño o niña su hijo(a) de cuarto grado?</p> <p><input type="checkbox"/> Niño</p> <p><input type="checkbox"/> Niña</p>
<input type="checkbox"/> Ene.	<input type="checkbox"/> 2009																																													
<input type="checkbox"/> Feb.	<input type="checkbox"/> 2010																																													
<input type="checkbox"/> Mar.	<input type="checkbox"/> 2011																																													
<input type="checkbox"/> Abr.	<input type="checkbox"/> 2012																																													
<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> 2013																																													
<input type="checkbox"/> Jun.	<input type="checkbox"/> 2014																																													
<input type="checkbox"/> Jul.	<input type="checkbox"/> 2015																																													
<input type="checkbox"/> Ago.																																														
<input type="checkbox"/> Sept.																																														
<input type="checkbox"/> Oct.																																														
<input type="checkbox"/> Nov.																																														
<input type="checkbox"/> Dic.																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													

<p>6. ¿Cómo describe a su hijo(a) de cuarto grado? <i>(Rellene una sola respuesta)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Negro(a) o afroamericano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicanoamericano(a), hispano(a) o latino(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco(a), caucásico(a) o angloamericano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Chino(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hindú o pakistani</p> <p><input type="checkbox"/> Otro asiático(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena americano(a) o de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii o de otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(a) _____  <i>(Escribelo)</i></p>	<p>7. Al nacer, ¿cuánto pesó su hijo(a) de cuarto grado?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 4lbs (1.8 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 lbs - 4 lbs, 15 oz (1.8 - 2.2 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 lbs - 5 lbs, 15 oz (2.3 - 2.7 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 lbs - 6 lbs, 15 oz (2.7 - 3.2 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 lbs - 7 lbs, 15 oz (3.2 - 3.6 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 8 lbs - 8 lbs, 15 oz (3.6 - 4.1 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 lbs (4.1 kg) or more</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>	<p>8. Rellene la fecha de nacimiento de su hijo(a) de cuarto grado.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ene.</td> <td><input type="checkbox"/> 1996</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Feb.</td> <td><input type="checkbox"/> 1997</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mar.</td> <td><input type="checkbox"/> 1998</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abr.</td> <td><input type="checkbox"/> 1999</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mayo</td> <td><input type="checkbox"/> 2000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jun.</td> <td><input type="checkbox"/> 2001</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jul.</td> <td><input type="checkbox"/> 2002</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ago.</td> <td><input type="checkbox"/> 2003</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sept.</td> <td><input type="checkbox"/> 2004</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oct.</td> <td><input type="checkbox"/> 2005</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nov.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dic.</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ene.	<input type="checkbox"/> 1996	<input type="checkbox"/> Feb.	<input type="checkbox"/> 1997	<input type="checkbox"/> Mar.	<input type="checkbox"/> 1998	<input type="checkbox"/> Abr.	<input type="checkbox"/> 1999	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> 2000	<input type="checkbox"/> Jun.	<input type="checkbox"/> 2001	<input type="checkbox"/> Jul.	<input type="checkbox"/> 2002	<input type="checkbox"/> Ago.	<input type="checkbox"/> 2003	<input type="checkbox"/> Sept.	<input type="checkbox"/> 2004	<input type="checkbox"/> Oct.	<input type="checkbox"/> 2005	<input type="checkbox"/> Nov.		<input type="checkbox"/> Dic.	
<input type="checkbox"/> Ene.	<input type="checkbox"/> 1996																									
<input type="checkbox"/> Feb.	<input type="checkbox"/> 1997																									
<input type="checkbox"/> Mar.	<input type="checkbox"/> 1998																									
<input type="checkbox"/> Abr.	<input type="checkbox"/> 1999																									
<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> 2000																									
<input type="checkbox"/> Jun.	<input type="checkbox"/> 2001																									
<input type="checkbox"/> Jul.	<input type="checkbox"/> 2002																									
<input type="checkbox"/> Ago.	<input type="checkbox"/> 2003																									
<input type="checkbox"/> Sept.	<input type="checkbox"/> 2004																									
<input type="checkbox"/> Oct.	<input type="checkbox"/> 2005																									
<input type="checkbox"/> Nov.																										
<input type="checkbox"/> Dic.																										

9. ¿Cuál es el parentesco entre usted y el niño(a) de cuarto grado al que se refiere la encuesta?

<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Otra mujer adulta - emparentada con el niño(a)	<input type="checkbox"/> Otro hombre adulto - emparentado con el niño(a)
<input type="checkbox"/> Otra mujer adulta - no emparentada con el niño(a)	<input type="checkbox"/> Otro hombre adulto - no emparentado con el niño(a)

10. La mayor parte del tiempo, ¿quién cuida a los niños que viven en su casa? *(Rellene una sola respuesta)*

Madre

Abuela

Otra mujer adulta - emparentada con el niño(a)

Otra mujer adulta - no emparentada con el niño(a)

Padre

Abuelo

Otro hombre adulto - emparentado con el niño(a)

Otro hombre adulto - no emparentado con el niño(a)

Student survey # or Campus ID

Solamente para uso autorizado. No escribir a en esta área.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Cuántos niños viven en su casa?

(Rellene una sola respuesta para cada rango de edad)	0	1	2	3 ó más
a. 0 - 23 meses	0	1	2	3
b. 2 - 4 años	0	1	2	3
c. 5 - 8 años	0	1	2	3
d. 9 - 11 años	0	1	2	3
e. 12 - 14 años	0	1	2	3
f. 15 - 18 años	0	1	2	3

12. ¿Cuántos años lleva viviendo en su domicilio actual? (Rellene una sola respuesta)

- Menos de 1 año     3 años     6 años     9 años     12 ó más años  
 1 año     4 años     7 años     10 años  
 2 años     5 años     8 años     11 años

13. ¿Cómo se identifica más a sí mismo(a)? (Rellene una sola respuesta)

- Negro(a) o afroamericano(a)     Hindú o pakistaní  
 Mexicanoamericano(a), hispano(a) o latino(a)     Otro asiático(a)  
 Blanco(a), caucásico(a) o angloamericano(a)     Indígena americano(a) o de Alaska  
 Vietnamita     Indígena de Hawaii o de otra isla del Pacífico  
 Chino(a)     Otro(a) \_\_\_\_\_  
(Escríbelo)

14. ¿Tiene su hijo(a) de cuarto grado alguna condición médica o discapacidad (por ejemplo, asma) que limite su actividad física? (Rellene una sola respuesta)

- No     Sí     Sí, pero es controlada con medicamentos

15. De lunes a viernes durante el año escolar, la mayor parte del tiempo su hijo(a) de cuarto grado...

a. Se despierta en la mañana a la(s)...

hora	min	
0	0	← Escribala aquí
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
		← Rellénela aquí
		<input type="checkbox"/> a.m.
		<input type="checkbox"/> p.m.

b. Se acuesta en la noche a la(s)...

hora	min	
0	0	← Escribala aquí
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
		← Rellénela aquí
		<input type="checkbox"/> a.m.
		<input type="checkbox"/> p.m.

16. Los fines de semana durante el año escolar, la mayor parte del tiempo su hijo(a) de cuarto grado...

a. Se despierta en la mañana a la(s)...

hora	min	
0	0	← Escribala aquí
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
		← Rellénela aquí
		<input type="checkbox"/> a.m.
		<input type="checkbox"/> p.m.

b. Se acuesta en la noche a la(s)...

hora	min	
0	0	← Escribala aquí
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
		← Rellénela aquí
		<input type="checkbox"/> a.m.
		<input type="checkbox"/> p.m.

17. Por favor responda basándose en la conducta de su hijo(a) de cuarto grado durante los 6 últimos meses.

<i>(Rellene una sola respuesta para cada conducta)</i>	No Es Cierto	Es Algo Cierto	Es Muy Cierto
a. Es considerado(a) con los sentimientos de otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Es inquieto(a), excesivamente activo(a), no puede quedarse quieto(a) mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. A menudo se queja de dolores de cabeza o de estómago, o de otros males	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Comparte de buena gana cosas como juguetes, golosinas y lápices con otros niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. A menudo pierde los estribos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Es algo solitario(a), prefiere jugar solo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Por lo general, se porta bien; normalmente hace lo que le piden los adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Tiene muchas preocupaciones, o con frecuencia parece preocupado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Es servicial si alguien está herido, disgustado o enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Está continuamente agitándose o retorciéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Tiene al menos una buena amistad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. A menudo pelea con otros niños o los intimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. A menudo está infeliz, deprimido(a) o llorón(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Por lo general, a los otros niños les cae bien él (ella)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Se distrae con facilidad, su concentración se disipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Está nervioso(a) o pegajoso(a) en situaciones desconocidas; pierde la confianza en sí mismo(a) con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Es bondadoso(a) con niños menores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. A menudo miente o hace trampas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Otros niños se meten con él (ella) o lo (la) intimidan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. A menudo ofrece ayuda a los demás (padres, maestros, otros niños)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. Piensa las cosas antes de actuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. Roba cosas del hogar, la escuela o de otros sitios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. Se lleva mejor con adultos que con otros niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. Teme muchas cosas; se asusta con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. Tiene un buen período de atención; persevera en deberes o tareas hasta el final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. En la mayor parte de los días, ¿qué se acostumbra hacer su hijo(a) de cuarto grado cuando puede decidir cómo va a pasar sus ratos libres?

- Casi siempre elige actividades como ver televisión, leer, escuchar música, estar en la computadora o jugar juegos de video
- Normalmente elige actividades como ver televisión, leer, escuchar música, estar en la computadora o jugar juegos de video
- Es igual de probable que él/ella elija actividades de recreo activas que inactivas
- Normalmente elige actividades como montar en bicicleta, bailar, jugar juegos al aire libre o practicar deportes activos
- Casi siempre elige actividades como montar en bicicleta, bailar, jugar juegos al aire libre o practicar deportes activos

19. ¿Con qué frecuencia su hijo(a) de cuarto grado tiene dificultades en las siguientes áreas?

<i>(Rellene una sola respuesta para cada área)</i>	Nada en absoluto	Poca	Bastante	Muchísima
a. Vida del hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Aprendizaje en la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Pasatiempos/Ratos libres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Si hace buen tiempo, animo a mi hijo(a) de cuarto grado a jugar afuera.

- Muy en desacuerdo    Algo en desacuerdo    Neutral    Algo de acuerdo    Muy de acuerdo

21. La mayor parte del tiempo, ¿juega su hijo(a) de cuarto grado afuera por lo menos 30 minutos por día? NO INCLUYA el tiempo en que él/ella juega afuera durante las horas de escuela.

- No    Si    No lo sé

22. Mi hijo(a) de cuarto grado practica suficiente actividad física como para mantenerse en buena condición y salud.

- Muy en desacuerdo    Algo en desacuerdo    Neutral    Algo de acuerdo    Muy de acuerdo

23. Mi hijo(a) de cuarto grado no corre ningún riesgo jugando en nuestro vecindario con otros niños sin la vigilancia de un adulto.

- Muy en desacuerdo    Algo en desacuerdo    Neutral    Algo de acuerdo    Muy de acuerdo

24. ¿Comprende el informe "FitnessGram" de su hijo(a) de cuarto grado?

- No    No recibí el informe "FitnessGram" de mi hijo(a)  
 Si    No sé lo que significa "FitnessGram"

25. En la mayor parte de los días de escuela, ¿cuántas horas por día está su hijo(a) de cuarto grado en la computadora (navegando por internet, intercambiando mensajes instantáneos, jugando juegos de computadora), viendo televisión y jugando juegos de video, cuando no está en la escuela?

- Mi hijo(a) no hace ninguna de las actividades mencionadas arriba  
 Menos de 1 hora    4 horas  
 1 hora    5 horas  
 2 horas    6 ó más horas  
 3 horas

26. ¿Está usted físicamente activo(a)?

- Nunca    Sí, la mayor parte del tiempo    Tengo una discapacidad o condición médica que me impide estar físicamente activo(a)  
 Sí, una parte del tiempo    Sí, todo el tiempo

27. Estoy físicamente activo(a) con mi hijo(a) de cuarto grado (Ejemplos: correr, hacer jogging, caminar rápidamente, andar en bicicleta, nadar, bailar o patinar)

- Nunca    Mi hijo(a) de cuarto grado tiene una discapacidad o condición médica que lo (la) impide estar físicamente activo(a)  
 Sí, una parte del tiempo    Tengo una discapacidad o condición médica que me impide estar físicamente activo(a)  
 Sí, la mayor parte del tiempo    Sí, todo el tiempo

28. Observo a mi hijo(a) de cuarto grado cuando él/ella está físicamente activo(a).

- Nunca    Sí, la mayor parte del tiempo    Mi hijo(a) de cuarto grado tiene una discapacidad o condición médica que lo (la) impide estar físicamente activo(a)  
 Sí, una parte del tiempo    Sí, todo el tiempo

29. Durante los 6 últimos meses, ¿tuvo su hijo(a) de cuarto grado un dolor de muelas más de una vez, al morder o masticar?

- No    Si    No lo sé, o no me acuerdo

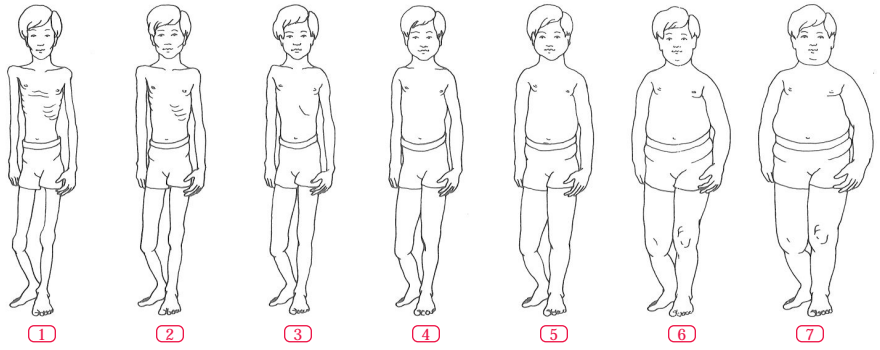
Las preguntas a continuación tratan de la salud de su hijo(a).

<i>(Rellene una sola respuesta a cada pregunta)</i>	Sí	No	No se aplica
30. Actualmente, ¿necesita o toma su hijo(a) medicamentos recetados por un médico (además de vitaminas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. ¿Es esto debido a una condición médica o conductual o a otra condición de la salud, cualquiera que sea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Es ésta una condición que ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Necesita o usa su hijo(a) más atención médica o servicios de salud mental o de educación de lo que se considera normal para la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. ¿Es esto debido a una condición médica o conductual o a otra condición de la salud, cualquiera que sea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Es ésta una condición que ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿De alguna manera es su hijo(a) limitado(a) o impedido(a) en cuanto a su capacidad para hacer las cosas que puede hacer la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. ¿Es esto debido a una condición médica o conductual o a otra condición de la salud, cualquiera que sea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Es ésta una condición que ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Necesita o recibe su hijo(a) alguna terapia especial, por ejemplo, terapia física, ocupacional o del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. ¿Es esto debido a una condición médica o conductual o a otra condición de la salud, cualquiera que sea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Es ésta una condición que ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de problema emocional, conductual o del desarrollo, para el cual necesite o reciba un tratamiento o asesoramiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. ¿Es ésta una condición que ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durante los 7 últimos días, ¿cuántas veces:

<i>(Rellene una sola respuesta a cada pregunta)</i>	Nunca	De 1 a 2 veces	De 3 a 4 veces	De 5 a 6 veces	7 veces	Más de 7 veces
a. desayunó usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. cenaron juntos usted y su hijo(a) de cuarto grado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. vio usted televisión mientras cenaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. su hijo(a) de cuarto grado ayudó a usted a preparar la cena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. cenó comida de un restaurante de comida rápida o de un restaurante en que uno come más lento y sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. fueron servidas frutas frescas o congeladas como bocadillos (snacks) en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. fueron servidas verduras frescas o congeladas en una cena en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. fue servida la leche descremada o sin grasa en comidas o como bocadillos (snacks) en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. fueron servidos tortillas o pan hechos con trigo u otros granos 100% integrales en comidas en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. fueron servidos cereales azucarados (Frosted Flakes®, Fruit Loops®, Cocoa Pebbles®, etc.) en el desayuno en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. fueron servidas bebidas azucaradas en la cena en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niño varón



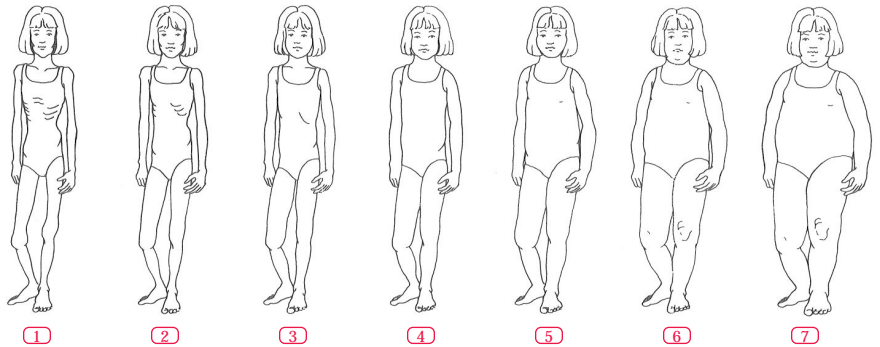
36. Entre estos cuerpos, ¿a cuál cree que un niño de cuarto grado debería parecerse?

- 1     2     3     4     5     6     7

37. Entre estos cuerpos, ¿cuál se parece más a su hijo de cuarto grado?

- 1     2     3     4     5     6     7  
 No tengo un hijo de cuarto grado

Niña



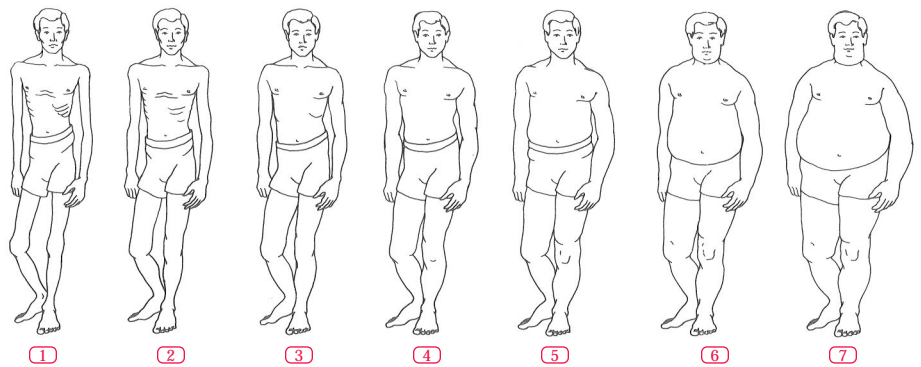
38. Entre estos cuerpos, ¿a cuál cree que una niña de cuarto grado debería parecerse?

- 1     2     3     4     5     6     7

39. Entre estos cuerpos, ¿cuál se parece más a su hija de cuarto grado?

- 1     2     3     4     5     6     7  
 No tengo una hija de cuarto grado

Hombre



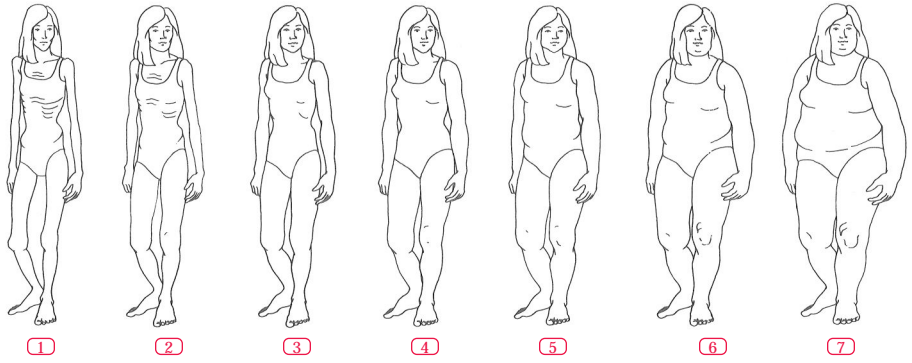
40. Entre estos cuerpos, ¿a cuál cree que un hombre adulto debería parecerse?

- 1     2     3     4     5     6     7

41. Entre estos cuerpos, ¿cuál se parece más a usted?

- 1     2     3     4     5     6     7  
 No soy hombre

Mujer



42. Entre estos cuerpos, ¿a cuál cree que una mujer adulta debería parecerse?

1     2     3     4     5     6     7

43. Entre estos cuerpos, ¿cuál se parece más a usted?

1     2     3     4     5     6     7  
 No soy mujer

44. ¿Cuánto cree que usted mide de estatura? (Si no lo sabe con seguridad, haga una aproximación)

pies    pulgadas

← Escribala aquí

1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7

0     10  
 1     11  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9

← Rellénela aquí

45. ¿Cuánto cree que usted pesa? (Si no lo sabe con seguridad, haga una aproximación)

libras

← Escribala aquí

0     0     0  
 1     1     1  
 2     2     2  
 3     3     3  
 4     4     4  
 5     5     5  
 6     6     6  
 7     7     7  
 8     8     8  
 9     9     9

← Rellénela aquí

46. ¿Con qué frecuencia compra o consigue frutas y verduras de:

(Rellene una sola respuesta a cada ubicación)	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una parte del tiempo	Nunca
a. Un supermercado de cadena (como Randall's)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un supermercado de comida natural u orgánica (como Whole Foods Market)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una tienda pequeña del vecindario, o una miscelánea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una tienda de conveniencia (como 7-11 o un mini-market)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Una tienda tipo almacén por membresía (como Sam's Club o Costco)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una super tienda de descuento (como Wal-Mart)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Una tienda de comida étnica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Un mercado/una cooperativa de agricultores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Un banco de alimentos, o un punto de distribución de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Su propia huerta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. De lo que sigue, ¿qué está intentando hacer con respecto a lo que pesa?

- Bajar de peso                       No cambiar de lo que peso ahora  
 Subir de peso                         No estoy intentando hacer nada con respecto a lo que peso



48. ¿Consulta usted MyPyramid (MiPirámide)?

- No  Sí  No sé lo que significa MyPyramid (MiPirámide)

49. Si tengo sobrepeso, es más probable que tenga más problemas de salud como cáncer y enfermedades del corazón.

- Cierto  Falso  No lo sé

50. ¿Cuántas tazas de frutas en total debería comer cada día?

- Por lo menos 2  Por lo menos 3  Por lo menos 4  Por lo menos 5  No lo sé

51. ¿Cuántas tazas de verduras en total debería comer cada día?

- Por lo menos 2  Por lo menos 3  Por lo menos 4  Por lo menos 5  No lo sé

52. ¿Los expertos recomiendan cuántos minutos por día en los cuales los niños deberían estar físicamente activos?

- 10 minutos  20 minutos  30 minutos  60 minutos  90 minutos  No lo sé

53. ¿Los expertos recomiendan un máximo de cuántas horas por día en las cuales los niños deberían ocuparse en actividades relacionadas con los medios de comunicación, como ver televisión y jugar juegos de video?

- 1 hora  2 horas  3 horas  4 horas  5 horas  6 horas  No lo sé

54. ¿Los expertos recomiendan cuántos días por semana en los cuales los niños deberían estar físicamente activos?

- 0 días  1 día  2 días  3 días  4 días  5 días  6 días  7 días  No lo sé

55. ¿Cuál contiene la mayor cantidad de calorías?

- Un gramo de proteína  Un gramo de grasa  Un gramo de carbohidrato  No lo sé

56. ¿En qué idioma habla en casa la mayor parte del tiempo? (Rellene una sola respuesta)

- Español  Español e inglés más o menos igualmente  
 Inglés  Otro idioma e inglés más o menos igualmente  
 Otro \_\_\_\_\_ (Escriba el otro idioma) \_\_\_\_\_ (Escriba el otro idioma)

57. En los 12 últimos meses, ¿ha usted:

(Rellene una sola respuesta para cada línea)	Sí	No
a. Votado en una elección (local, estatal o nacional)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Escrito o llamado por teléfono a un funcionario gubernamental de nivel local, estatal o federal, acerca de un asunto relacionado con la comunidad de usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hecho trabajos voluntarios en la escuela de su hijo(a) de cuarto grado (PTA, PTO, SHAC, biblioteca, vigilante (monitor) de cafetería, ayudante en el salón de clases)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Asistido a la reunión de una Mesa Directiva, Consejo Municipal u otra organización gubernamental oficial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hecho trabajos voluntarios para algún grupo comunitario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. ¿Cuáles de estas personas nacieron en Estados Unidos?

(Rellene una sola respuesta para cada persona)	Sí	No	No lo sé
a. Madre del niño de cuarto grado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Padre del niño de cuarto grado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Su niño de cuarto grado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Si no nació usted en Estados Unidos, ¿cuántos años ha estado aquí?  
 (Ejemplo: Si hubiera vivido en Estados Unidos 9 años, rellenaría el cuadro como se ve abajo)

Nací en Estados Unidos

**Ejemplo**

9				
1	11	21	31	41
2	12	22	32	42
3	13	23	33	43
4	14	24	34	44
5	15	25	35	45
6	16	26	36	46
7	17	27	37	47
8	18	28	38	48
9	19	29	39	49
10	20	30	40	50

Núm. de años

← Escriba el número aquí

1	11	21	31	41
2	12	22	32	42
3	13	23	33	43
4	14	24	34	44
5	15	25	35	45
6	16	26	36	46
7	17	27	37	47
8	18	28	38	48
9	19	29	39	49
10	20	30	40	50

← Rellene el número aquí

Núm. de años

60. ¿Hay un televisor en el cuarto (recámara) de su hijo(a) de cuarto grado?     No     Sí

61. ¿Cuál es el máximo nivel de educación que alcanzó el cuidador(a) principal en su casa?  
 (Rellene una sola respuesta para cada adulto)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos que preparatoria (high school) | <input type="checkbox"/> Título universitario   |
| <input type="checkbox"/> Preparatoria (high school), o GED    | <input type="checkbox"/> Título profesional o de posgrado (maestría, doctorado, MD, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios      |   |

62. Las preguntas a continuación tratan de la relación entre usted y su hijo(a) de cuarto grado.

<i>(Rellene una sola respuesta a cada pregunta)</i>	Un poco, o nada en absoluto	Algo	Mucho	Lo máximo
a. ¿Hasta qué punto puede su hijo(a) contar con usted cuando él/ella lo (la) necesite, pase lo que pase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hasta qué punto puede su hijo(a) confiar en que usted realmente sienta cariño por él/ella, sin que esto cambie de día en día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Hasta qué punto trata a su hijo(a) como si fuera apreciado(a) y respetado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Con qué frecuencia le da buenos consejos a su hijo(a) sobre cómo manejar los problemas que tiene él/ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Con qué frecuencia hace cosas divertidas con su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Hasta qué punto realmente siente cariño por su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Hasta qué punto comunica su hijo(a) sus sentimientos íntimos a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Las preguntas a continuación tratan de las reglas y disciplina con respecto a su hijo(a) de cuarto grado.

<i>(Rellene una sola respuesta a cada afirmación)</i>	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. No obligo a mi hijo(a) que haga su tarea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un día castigo a mi hijo(a) por haber hecho algo, pero otro día lo paso por alto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cambio de idea para que las cosas no sean tan duras para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Permito que mi hijo(a) se salga con la suya sin hacer el trabajo o tarea que se le ha asignado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. A poco tiempo se me olvidan las reglas que he fijado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Normalmente, no me entero de la mala conducta de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. A veces permito que mi hijo(a) haga cosas que le he dicho que son malas o inapropiadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No le hago mucho caso a la mala conducta de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. A menudo cambio las reglas que supuestamente mi hijo(a) debe seguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Durante los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia le faltaba suficiente dinero a su familia como para:

<i>(Rellene una sola respuesta a cada pregunta)</i>	Raras veces o nunca	De vez en cuando	A menudo	Casi todos los días	Todos los días
a. comprar ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. comprar medicamentos recetados por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. consultar a un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. pagar la renta o hipoteca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. comprar comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. pagar tarifas y útiles escolares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. pagar los servicios públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. comprar gasolina para su carro o camioneta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. De lunes a viernes, ¿cuántas horas se acostumbra dormir en la noche?

- 5 ó menos horas     6 horas     7 horas     8 horas     9 ó más horas

66. Los fines de semana, ¿cuántas horas se acostumbra dormir en la noche?

- 5 ó menos horas     6 horas     7 horas     8 horas     9 ó más horas

67. Durante los 30 últimos días, ¿con qué frecuencia ...

<i>(Rellene una sola respuesta a cada pregunta)</i>	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una parte del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
a. ...se sintió nervioso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...se sintió desesperanzado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...se sintió inquieto(a) o agitado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...se sintió tan deprimido(a) que no pudo animarse con nada en absoluto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...sintió como si cualquier cosa le resultara un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...se sintió despreciable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. En su vecindario, ¿hasta qué punto es un problema cada cosa a continuación?

<i>(Rellene una sola respuesta para cada cosa)</i>	No es problema	Es un problema menor	Es un problema algo serio	Es un problema muy serio
a. Crimen en el vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pandillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Caminar o andar en bicicleta (por ejemplo, aceras/banquetas, pasos de peatones, exceso de tráfico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Exceso de ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Iluminación nocturna (por ejemplo, faroles, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Disponibilidad de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Prejuicios y discriminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Drogas (por ejemplo, jeringas en los parques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Animales extraviados o peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Disponibilidad de parques, campos de juegos, centros comunitarios seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Acceso a alimentos saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Durante los 12 últimos meses, ¿qué nivel de prejuicios o de discriminación ha sufrido, debido a su origen étnico?

- Bastante discriminación     Algo de discriminación     Un poco de discriminación     Ninguna discriminación

Muchas gracias por su participación

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA



00001