

Plan/Evaluación de Peso Saludable



Por favor complete solamente las secciones en azul (A, B, C y D)

A. EVALUACION DE HABITOS

- ¿Cuántas unidades de **FRUTAS O VEGETALES** come su hijo/a **al día**?
- ¿ Cuántas veces **por semana** su hijo/a **SE SIENTA A LA MESA A COMER con la FAMILIA**?
- ¿ Cuántas veces **por semana** su hijo/a toma **DESAYUNO**?
- ¿ Cuántas veces **por semana** su hijo/a **COME COMIDA PARA LLEVAR o COMIDA RAPIDA**?
- ¿ Cuántas **horas al día** su hijo/a **mira televisión** o se sienta a jugar **juegos de video**?
- ¿ Tiene su hijo/a **TELEVISION EN EL CUARTO** donde él o ella duerme? **Sí** **No**
- ¿ En la mayoría de los días, **cuántos minutos** dedica su hijo/a a **JUEGOS ACTIVOS**? (*respiración rápida, sudoracion*)
- ¿ Cuántas unidades de 8 onzas de los siguientes líquidos su hijo/a **TOMA** al día? (*Una unidad de 8 onzas equivale a una taza*)
Jugo 100% _____ Bebidas de Fruta o Deportivas _____ Sodas/ponche _____
Leche Entera _____ Leche baja o sin grasa _____ Agua _____

B. TRAZANDO UNA META / REVISANDO UNA META ESTABLECIDA

Existen metas que esta dispuesto a tratar?

- 5** Comer por lo menos 5 unidades de frutas/vegetales al día Otros _____
- 2** Limitar el tiempo frente a una pantalla (*especialmente television*) _____
- 1** Tener un mínimo de 60 minutos de actividad física cada día _____
- 0** Evitar bebidas azucaradas (*sodas, jugos deportivos, ponche, etc*) _____

C. INFORMACION DE LOS PADRES Y LA ESCUELA

Nombre del Padre o de la Madre _____ *(Escriba el nombre del padre o guardian que debe ser contactado para hacer el seguimiento)*

Número de Teléfono del Padre o la Madre _____ Escuela del hijo/a _____

D. ALCANZANDO MI META

1. ¿Que tan importante es para mí hacer este cambio? (*circule un número*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No es importante *Extremadamente importante*

2. ¿Cuál sería un obstáculo para alcanzar esta meta (cuáles son las barreras)?

3. Información o asistencia que necesitaría para alcanzar esta meta:

E. PERMISO

Estoy de acuerdo con este plan y revizaré el plan y progreso del mismo _____ *(tiempo estimado)*

X _____ (Firma del Padre o Paciente) _____ (Fecha)

F. RECURSOS NECESARIOS / REFERIDOS

Peso _____ lb Altura _____	Nombre del Niño/a / Fecha de Nacimiento _____
BMI _____	ADHIERA LA ETIQUETA AQUI

Por favor complete solamente las secciones en azul (A, B, C y D)