

Módulo de Salud Física y Nutrición

SUPLEMENTO 1

Esta sección contiene preguntas sobre la actividad física, dieta y salud general.

En los últimos 7 días, ¿cuántos días ...

	Número de Días							
	0	1	2	3	4	5	6	7
X1. hiciste ejercicios para fortalecer o tonificar tus músculos? (Por ejemplo: hacer lagartijas, abdominales o levantar pesas.)	A	B	C	D	E	F	G	H

Durante las últimas 24 horas (ayer), ¿cuántas veces ...

	Número de veces					
	0	1	2	3	4	5 o Más
X2. bebiste leche o comiste yogurt? (en cualquier forma, incluyendo con cereal.)	A	B	C	D	E	F
X3. bebiste un refresco o soda?	A	B	C	D	E	F
X4. bebiste jugos de fruta 100% naturales, como de naranja, manzana, o uva? (No se cuenta el ponche, Kool-Aid, bebidas deportivas y bebidas con sabor a fruta.)	A	B	C	D	E	F
X5. comiste papas francesas, papitas u otras papas fritas?	A	B	C	D	E	F
X6. comiste fruta? (No se cuenta el jugo de fruta.)	A	B	C	D	E	F
X7. comiste verduras? (Incluye ensaladas y papas sin freír.)	A	B	C	D	E	F
X8. ¿Alguna vez te ha dicho tu doctor o tu padre, madre o guardián que tienes asma? A) No B) Sí C) No sé						
X9. ¿Cuáles de las siguientes acciones estás tratando de hacer en relación con tu peso? A) Perder peso B) Subir de peso C) Mantener el mismo peso D) No estoy tratando de hacer nada relacionado con mi peso						

Módulo de Salud Física y Nutrición

SUPLEMENTO 1

Durante los últimos 30 días, ¿hiciste alguna de las siguientes cosas para perder peso o para dejar de subir de peso?

	No	Sí
X10. Hiciste ejercicio	A	B
X11. Ingeriste menos alimentos, menos calorías o alimentos bajos en grasa	A	B
X12. Dejaste de comer por 24 horas o más (lo cual también se llama ayunar)	A	B
X13. Tomaste cualquier píldora dietética, polvos o líquidos sin el consejo de un doctor (No incluyas productos que reemplazan las comidas, como Ensure, Muscle Milk, o Slim Fast)	A	B
X14. Vomitaste o tomaste laxantes	A	B
X15. ¿Cómo describes tú tu peso?		
A) Muy por debajo del peso adecuado	D) Un poco pasado de peso	
B) Un poco por debajo del peso adecuado	E) Muy pasado de peso	
C) Cerca del peso adecuado		
X16. En un día normal de escuela, ¿cuántas horas ves la televisión o te entretienes con juegos de video?		
A) No veo la televisión o juego videojuegos en un día normal de escuela	D) 2 horas	
B) Menos de 1 hora	E) 3 horas	
C) 1 hora	F) 4 horas	
	G) 5 horas o más	
X17. Durante los últimos 12 meses, ¿en cuántos equipos de deportes jugaste? (Incluye los equipos patrocinados por la escuela y cualquier otro equipo de deportes.)		
A) 0 equipos	C) 2 equipos	
B) 1 equipo	D) 3 equipos o más	
X18. ¿Qué tan seguido te pones el cinturón de seguridad cuando viajas en un automóvil conducido por otra persona?		
A) Nunca	D) La mayor parte del tiempo	
B) Casi nunca	E) Siempre	
C) A veces		

Módulo de Salud Física y Nutrición

SUPLEMENTO 1

- X19. Cuando usaste tu bicicleta, patineta o scooter durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te pusiste el casco?**
- A) No use una bicicleta, patineta, o scooter en los últimos 12 meses
 - B) Nunca use un casco
 - C) Casi nunca use un casco
 - D) A veces use un casco
 - E) La mayoría de las veces use un casco
 - F) Siempre use un casco
- X20. En una semana normal, ¿cuántos días participas en actividades físicas en tu clase de educación física (P.E. o gimnasia)?**
- A) 0 días
 - B) 1 día
 - C) 2 días
 - D) 3 días
 - E) 4 días
 - F) 5 días
- X21. Durante una clase promedio de educación física (P.E.), ¿cuántos minutos realmente pasas haciendo ejercicios o practicando deportes?**
- A) Yo no tomo clases de Educación Física
 - B) Menos de 10 minutos
 - C) 10 a 20 minutos
 - D) 21 a 30 minutos
 - E) Más de 30 minutos
- X22. Durante los últimos 12 meses, ¿algún doctor te hizo una examinación regular cuando no estuviste enfermo(a) o lastimado(a)?**
- A) No
 - B) Sí
- X23. Durante los últimos 12 meses, ¿viste a un dentista para que te examinara los dientes, para que te los limpiara o para que te los arreglara?**
- A) No
 - B) Sí
- X24. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomaste una vitamina?**
- A) 0 veces
 - B) 1 a 2 días
 - C) 3 a 4 días
 - D) 5 a 6 días
 - E) Diariamente
- X25. Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido un episodio o ataque de asma?**
- A) No
 - B) Sí
- X26. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has tenido tos, apretón del pecho, dificultad para respirar o silbidos en el pecho tan grave que no pudiste terminar una frase?**
- A) No
 - B) Si

Módulo de Salud Física y Nutrición

SUPLEMENTO 1

- X27.** Durante los últimos 12 meses, ¿has estado en la sala de emergencia o te tuviste que quedar en el hospital a causa de tos, apretón del pecho, dificultad para respirar o silbidos en el pecho?
- A) No
 - B) Si
- X28.** Durante los últimos 12 meses, ¿has usado un medicamento (inhalador, respirador o maquina de respiración) para tratar tos, apretón del pecho, dificultad para respirar, o silbidos en el pecho?
- A) No
 - B) Si
- X29.** Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días cada semana has tenido tos, apretón del pecho, dificultad para respirar, o silbidos en el pecho sin contar las veces que tuviste catarro o gripe?
- A) Nunca
 - B) 2 días o menos por semana
 - C) Más de 2 días por semana, pero no diario
 - D) Diario
- X30.** Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántas noches has tenido tos, apretón del pecho, dificultad para respirar o silbidos en el pecho cuando no tuviste catarro o gripe?
- A) Nunca
 - B) 2 noches o menos en los últimos 30 días
 - C) 3 o 4 noches en los últimos 30 días
 - D) Más de 4 noches en los últimos 30 días, pero no todas las noches
 - E) Todas las noches o casi todas las noches

Módulo de Salud Física y Nutrición

SUPLEMENTO 1

¿Cuánto mides sin tus zapatos puestos?

Voltea la página de "scantron" para escribir tu estatura en pies y pulgadas en las casillas de la forma de respuestas y rellena las burbujas con los números que escribiste.

Por ejemplo:

Si mides 4 pies 9 pulgadas, contestarías la pregunta como se muestra a continuación:

Feet	Inches
4	9
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1
<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 5
	<input type="radio"/> 6
	<input type="radio"/> 7
	<input type="radio"/> 8
	<input checked="" type="radio"/> 9
	<input type="radio"/> 10
	<input type="radio"/> 11

Si mides 5 pies 0 pulgadas, contestarías la pregunta como se muestra a continuación:

Feet	Inches
5	0
<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 2
<input checked="" type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 5
	<input type="radio"/> 6
	<input type="radio"/> 7
	<input type="radio"/> 8
	<input type="radio"/> 9
	<input type="radio"/> 10
	<input type="radio"/> 11

¿Cuánto pesas sin tus zapatos puestos?

Escribe tu peso en las casillas de la forma de respuestas y rellena las burbujas.

Por ejemplo:

Si pesas 87 libras, contestarías la pregunta como se muestra a continuación:

Weight		
0	8	7
<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input checked="" type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 8	<input checked="" type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9

Si pesas 102 libras, contestarías la pregunta como se muestra a continuación:

Weight		
1	0	2
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9