



EFNEP Salida (EFNEP Exit)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono: (_____) _____

Email: _____

Si! Me gustaría que el Programa de Nutrición de Familia póngase en contacto conmigo por e-mail.

Si es mujer: ¿Está embarazada? Si No

¿Está amamantando? Si No

Programas en la cual participan usted y su familia como resultado de una remisión de la Programa de Nutrición de la Familia. (Marque todas las que apliquen):

Almuerzo o desayuno gratis o reducido en la escuela

Head Start

Otro (por favor especifique): _____

SNAP Benefits (Virginia EBT card)

TANF (Temporary Assistance for Needy Families)

Food Pantries or Commodities

WIC

Vivienda Pública

Miembros de la familia - escriba los nombres y edades de las personas que viven con usted despues de que se inscribió en el Programa de Nutrición de la Familia:

	Nombre (sin apellido)	Edad
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

FOR FAMILY NUTRITION PROGRAM USE ONLY:

Exit Date _____ # of Lessons: _____ # of Contacts: _____ # of Hours: _____

Educational Objective Met Program Assistant Name: _____

Termination Reason: _____ Group Name: _____

Returned to School Took Job

Family Concerns Staff Vacancy Moved Participant ID#: _____

www.ext.vt.edu

Produced by Communications and Marketing, College of Agriculture and Life Sciences, Virginia Polytechnic Institute and State University, 2015

Por favor díganos qué piensa al completar esta encuesta.

Esta es una encuesta sobre maneras de planificar y preparación de alimentos para usted y lo que piensas acerca de los problemas de salud. Para cada pregunta, por favor marque una casilla en la columna "Antes de clase" y una casilla en la columna "Ahora". Sea lo más honesto como sea posible. Esto no es una prueba. No existen respuestas mal. Sus respuestas son importantes y se utilizará para mejorar futuras clases. ¡Gracias!

1. ¿Con qué frecuencia planea usted comidas por adelantado?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Con qué frecuencia compara usted precios antes de comprar alimentos?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Con qué frecuencia se queda usted sin comida antes del final del mes?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Con qué frecuencia usted hace compras con una lista planeada?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Esta pregunta es sobre la carne y alimentos de leche. ¿Con qué frecuencia deja que estos alimentos estén fuera de refrigeración por más de dos horas?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Con qué frecuencia descongela usted los alimentos a temperatura ambiental?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Al decidir con que alimentar a su familia, ¿con qué frecuencia piensa acerca de las opciones de alimentos saludables?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Con qué frecuencia prepara usted la comida sin añadir sal?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Con qué frecuencia usa usted los "Factos Nutritivos" en la etiqueta de comida para escoger alimentos?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Con qué frecuencia comen sus niños algo 2 horas después de despertar por la mañana?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Con qué frecuencia come panes y cereales integral?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Con qué frecuencia utiliza leche baja en grasa (2%), muy baja en grasa (1%) o sin grasa?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia bebe soda regular cada día?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Con qué frecuencia hace usted comidas que incluyen una variedad de los alimentos de MiPlato?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Come actualmente usted 2 o más clases de fruta cada día? (Esto incluye frutas frescas, congelados, enlatados y jugos de fruta 100% fruta).

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Con qué frecuencia usted come alimentos bajos en grasa en lugar de alimentos ricos en grasas?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿En los últimos 12 meses, comió alguna vez usted menos de lo que usted piensa que debería porque no había suficiente dinero para comprar la comida?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Con qué frecuencia usted camina, toma la escalera, corre con sus niños, y toma otras oportunidades de ser físicamente activo?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Con qué frecuencia lava usted utensilios y superficies que han tocado el pollo o la carne cruda con jabon y agua caliente antes de usarlos otra vez?

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Come actualmente usted 3 o más clases de verduras cada día? (Esto incluye fresco, congelado, enlatado, y jugo de verduras 100 %).

	Antes de Clase	Ahora
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

