



**SURVEY**  
Cuestionario

NAME/Nombre: .....

DATE/Fecha: ..... AGE/Edad: .....

# EACH DAY / CADA DÍA

**How many fruits and vegetables do you eat?**  
¿Cuántas frutas y verduras come usted?



**How many hours do you sit in front of a screen?**  
¿Cuántas horas pasa sentado frente a una pantalla?



**How many hours do you spend doing physical activities?**  
¿Cuántas horas pasa haciendo actividades físicas?



**How many sugary drinks do you drink?**  
¿Cuántas bebidas azucaradas/dulces toma?





**DOCTORS RECOMMEND DAILY  
EL DOCTOR RECOMIENDA DIARIAMENTE**



**Eat at least 5 fruits  
and vegetables**

Comer 5 frutas  
y verduras



**Limit screen time  
to 2 hours**

Limitar a 2 horas el  
tiempo frente una pantalla



**At least 1 hour  
of physical activity**

Hacer actividad física  
por lo menos 1 hora



**Drink 0 sweetened  
or sugary drinks**

Tomar bebidas que no  
contengan azúcar



**CENTRAL CALIFORNIA ALLIANCE FOR HEALTH**



Promoting Child Nutrition and Fitness in Our Communities



**United Way  
of Santa Cruz County**