



## Healthy Youth Lifestyle Survey

Please take a moment to answer the following questions. (Parents: please answer for your child.)

Patient name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

- |  | Yes                      | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>5</b> I eat 5 or more servings of fruits and vegetables most days.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I eat breakfast every day.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I eat dinner at the table with the family at least 2 times per week.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I eat take-out (takeout, fast food places, restaurants) less than 2 times per week.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2</b> I watch TV, videos or play computer games less than 2 hours per day.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I do <b>not</b> have a TV in the bedroom.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>1</b> I participate in some type of physical activity at school or home for at least 1 hour every day.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>0</b> I do <b>not</b> regularly drink sugary beverages or sodas defined as: punch, sports drinks and sweetened tea or juice drinks. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I drink milk and water every day, and occasionally 100% fruit juice.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I drink fat-free/skim or 1% milk rather than 2% or whole milk.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Cuestionario Juvenil para un Estilo de Vida Sano

Por favor tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas (Padres: favor de contestar por su niño.)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Sí	No
<b>5</b> Como 5 o más porciones de frutas y verduras la mayoría de los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como cena sentado a la mesa con la familia, por lo menos 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como comida para llevar (lugares de comida rápida, restaurantes) menos de 2 veces por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Veo TV, videos o juegos de video menos de 2 horas al día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tengo TV en la recámara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> Participo en algún tipo de actividad física en la escuela o en casa, por lo menos 1 hora diaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> No tomo seguido sodas o bebidas con azúcar, ponche, bebidas deportivas y té o jugo con azúcar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo leche y agua todos los días, y a veces jugo de fruta 100% puro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma leche descremada o leche 1%, en lugar de leche entera o 2%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: Adapted from the Maine Center for Public Health *Keep Me Healthy 5 2 1 0 Power Up Survey for All Patients at Well-Child Visits* and Healthy New Hampshire *5210 Survey for all Patients at Well-Child Visits*.

Traducción y fotocopiado proveído por Central California Alliance for Health