

La fecha: _____

1. ¿Es esta la primera clase de Cooking Matters a la que asiste?
 - Esta mi **primera** clase de Cooking Matters
 - He asistido a más de una clase de Cooking Matters
 - No lo sé
2. ¿Cuántos años tiene?
 - Menos de 5 14-17 Años
 - 5-7 Años 18-59 Años
 - 8-10 Años 60-75 Años
 - 11-13 Años 76 o más
 - Prefiero no decir
3. ¿Cómo te identificas?
 - Hombre Mujer Transgénero
 - Género no binario/Género variante
 - Género fluido/No exclusivamente femenino o masculino
 - Intersexual/Intergénero
 - Me identifico como algo diferente (especificar) _____
 - No estoy seguro de mi identidad de género
 - No sé a qué se refiere esta pregunta
 - Prefiero no decir
4. ¿Es usted hispano o latino?
 - Sí No
5. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las casillas correspondientes)
 - Amerindio o nativo de Alaska
 - Asiático
 - Blanco
 - Nativo hawaiano o isleño del Pacífico
 - Negro o afroamericano
 - Otra (favor de especificar) _____
 - Prefiero no decir
6. ¿Ha participado usted o alguien de su familia en alguno de los siguientes programas en el último año? (Marque todas las casillas correspondientes)
 - WIC
 - SNAP (antes llamado Food Stamps)
 - Head Start
 - Desayunos, almuerzos o cenas escolares gratis o a precio reducido
 - Comedor comunitario
 - Comidas de verano gratuitas
 - Medicaid
7. ¿Espera tener otro bebé u otro niño de 5 años o menos viviendo en su casa en los próximos 8 meses?
 - Sí No
8. ¿Cuántos niños de **0 a 5 años** viven en su casa por lo menos 3 días por semana? (Incluya no familiares que vivan con usted. Si no hay niños, elige 0.)

Favor de escriba un número: _____
9. ¿Cuántos niños de **6 a 17 años** viven en su casa por lo menos 3 días por semana? (Incluya no familiares que vivan con usted. Si no hay niños, elige 0.)

Favor de escriba un número: _____
10. ¿De cuántos niños **de 5 años o menos** que **no** viven en su casa se ocupa? (Si no hay ninguno, elige 0.)

Favor de escriba un número: _____
- **Si no se ocupa de ningún niño de 5 años o menos, PASE por favor a la Pregunta 14 ←**
11. Durante los últimos 30 días, ¿ha cocinado o preparado comida para niños de 5 años o menos de los que se ocupa, vivan o no en su casa?
 - Sí, para por lo menos 3 comidas o botanas por semana
 - Sí, para menos de 3 comidas o botanas por semana
 - No
12. Durante los últimos 30 días, ¿se ha encargado de servirles comida a estos niños (incluyendo leche de fórmula o leche materna)?
 - Sí, para por lo menos 3 comidas o botanas por semana
 - Sí, para menos de 3 comidas o botanas por semana
 - No

13. Piense en las horas de comer durante un día normal. Favor de indicar su nivel de confianza para hacer lo siguiente:

Cómo de seguro/a está de que puede....	Nada seguro/a	No muy seguro/a	Neutro/a	Algo seguro/a	Muy seguro/a
... Darle a su familia o a usted comidas saludables con el <u>dinero</u> que tiene disponible?	<input type="checkbox"/>				
... Darle a su familia o a usted <u>bebidas</u> saludables?	<input type="checkbox"/>				
... Preparar comidas saludables para su familia o usted con el <u>tiempo</u> que tiene disponible?	<input type="checkbox"/>				
... Encontrar <u>recursos adicionales</u> sobre los temas cubiertos durante esta clase?	<input type="checkbox"/>				

14. Piense en las horas de comer durante un día normal. Favor de indicar su nivel de confianza para hacer lo siguiente:

Cómo de seguro/a está de que puede....	Nada seguro/a	No muy seguro/a	Neutro/a	Algo seguro/a	Muy seguro/a	No tengo niños a mi cargo
... Manejar las frustraciones con los niños a los que cuida a la hora de comer?	<input type="checkbox"/>					
... Convertir la hora de comer en una experiencia positiva para usted y los niños a los que cuida?	<input type="checkbox"/>					

15. Durante los próximos 7 días, ¿con qué frecuencia usará algo de lo que escuchó o aprendió **en esta clase**?

	Nunca	Al menos una vez	La mayoría de los días	Todos los días	No se cubrió en la clase
Recetas	<input type="checkbox"/>				
Trucos para ahorrar tiempo	<input type="checkbox"/>				
Trucos para ahorrar dinero	<input type="checkbox"/>				
Formas de preparar la comida	<input type="checkbox"/>				

16. Indique por favor si está de acuerdo con las siguientes afirmaciones **sobre esta clase**:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Durante la clase, sentía que podía hacer preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El instructor me hizo sentir bienvenido/a e incluido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentí que me podía identificar con el <u>instructor</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustaría asistir a más clases de Cooking Matters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo le ayudará la información que aprendió en esta clase a su familia?

¡Gracias por completar esta encuesta!