



Cooking Matters para familias

Encuesta para participantes

1. ¿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

2. ¿Cuántos años tiene?

- 14-17 Años
 18-59 Años
 60-75 Años
 76 o más años
 Prefiero no decir

3. ¿Es usted hispano o latino?

- Sí
 No

4. Marque la raza con la que se identifica:

(Puede marcar más de una)

- Blanco
 Negro o afroamericano
 Asiático
 Hawaiano o de las islas del Pacífico
 Indio Americano o nativo de Alaska
 Otro (especifique)

-
- Prefiero no decir

5. ¿Está embarazada?

- Sí
 No

6. En total, ¿cuántas personas viven en su casa **incluyéndose usted?** (Incluya a las personas que viven con usted aunque no sean familiares).

- 1 4 7 10 o más
 2 5 8
 3 6 9

7. ¿Cuántos niños entre los **0 y 5 años** viven en su casa? (Incluya a los niños que viven con usted aunque no sean familiares).

- 0 2 4
 1 3 5 o más

8. ¿Cuántos niños entre los **6 y 17 años** viven en su casa? (Incluya a los niños que viven con usted aunque no sean familiares).

- 0 2 4
 1 3 5 o más

9. Durante el último año, ¿ha participado usted o algún miembro de su casa en alguno de los siguientes programas? (Marque todos los que apliquen)

- WIC
 SNAP (conocido antes como cupones de alimentos)
 Desayunos escolares gratis o a precio reducido
 Almuerzos escolares gratis o a precio reducido
 Cenas escolares gratis o a precio reducido
 Comidas escolares gratis durante el verano
 Head Start
 Food Pantry (Alacenas comunitarias)
 Medicaid
 No participo en ninguno de estos programas



Cooking Matters para familias

Información de niños

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo?

- Masculino
- Femenino
- Género no binario
- Prefiero no decir

2. ¿Cuántos años tiene su hijo?

- Menos de 5
- 5-7 Años
- 8-10 Años
- 11-13 Años
- 14-17 Años
- 18 Años o más
- Prefiero no decir

3. Es su hijo Hispano o Latino?

- Sí
- No

4. Marque la raza con la que se identifica su hijo: (Puede marcar más de una.)

- Blanco
 - Negro o afroamericano
 - Asiático
 - Hawaiano o de las islas del Pacífico
 - Indio Americano o nativo de Alaska
 - Otro (especifique)
-

5. ¿Ha participado usted, su niño o niña o algún otro miembro de su hogar en alguno de los siguientes programas durante el último año? (Marque todos los que apliquen.)

- WIC
- SNAP (conocido antes como cupones de alimentos)
- Desayunos escolares gratis o a precio reducido
- Almuerzos escolares gratis o a precio reducido
- Cenas escolares gratis o a precio reducido
- Comidas escolares gratis durante el verano
- Head Start
- Food Pantry (Alacenas comunitarias)
- Medicaid
- No participo** en ninguno de estos programas

6. Por favor, indique cualquier alergia a alimentos que su niño tenga.



Cooking Matters para familias

Encuesta antes del curso (padres)

Por favor complete este formulario para proporcionarnos información que nos ayudará a mejorar los cursos Cooking Matters en el futuro. Sea tan sincero como pueda, ya que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Llenar esta encuesta le tomará unos 15 minutos. **Responda las preguntas tomándose en cuenta solo usted, sin pensar en el resto de la familia.** Coloque una “X” en la casilla debajo de la opción que mejor refleja su respuesta.

Nunca Una vez a la semana o menos Más de una vez a la semana Una vez al día Más de una vez al día

Normalmente, ¿cuántas veces come usted...

1. ...frutas como manzana, plátano/banana, melón u otra fruta?	<input type="checkbox"/>				
2. ...ensalada de hojas verdes?	<input type="checkbox"/>				
3. ...“ <i>french fries</i> ” u otras papas doradas en aceite, como <i>hash browns</i> o <i>tater tots</i> ?	<input type="checkbox"/>				
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<input type="checkbox"/>				
5. ...frijoles refritos, frijoles al horno, frijoles pinto, frijoles negros u otros frijoles cocidos? (No incluya ejotes o “green beans”).	<input type="checkbox"/>				
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<input type="checkbox"/>				
7. Normalmente, ¿cuántas veces a la semana come usted una comida fuera de casa, en un restaurante de comida rápida o en un restaurante tradicional? (Puede ser el desayuno, el almuerzo o la cena).	<input type="checkbox"/>				

Nunca Una vez a la semana o menos Más de una vez a la semana Una vez al día Más de una vez al día

Normalmente, ¿cuántas veces toma usted...

8. ...jugos de fruta 100% natural como jugo de naranja, jugo de manzana o jugo de uva? (No incluya ponche de frutas, <i>Kool-aid</i> , bebidas deportivas u otras bebidas con sabor a frutas).	<input type="checkbox"/>				
9. ... una lata, botella o vaso de soda o refresco, bebida deportiva o bebida energética? (No incluya bebidas dietéticas o sin calorías).	<input type="checkbox"/>				
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>				

Cooking Matters para familias

Encuesta antes del curso

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre	No aplica
11. Cuando toma leche ¿qué tan a menudo elige leche baja en grasa (descremada o con 1% de grasa)?	<input type="checkbox"/>					
12. Cuando consume productos lácteos como yogur, queso, queso <i>cottage</i> , crema agria, etcétera, ¿qué tan a menudo elige uno que sea bajo en grasa o sin grasa?	<input type="checkbox"/>					
13. Cuando consume productos de grano como pan, pasta, arroz, etcétera, ¿qué tan a menudo elige productos de granos integrales ?	<input type="checkbox"/>					
14. ¿Qué tan a menudo elige productos con poco sodio cuando compra alimentos empaquetados, fáciles de preparar, como sopas enlatadas, arroz precocido, comidas congeladas, etcétera?	<input type="checkbox"/>					
15. Cuando compra carne o alimentos con proteína, ¿qué tan a menudo elige carne o proteína baja en grasa como carne de aves o pescado y mariscos (no fritos), carne molida baja en grasa de 90% o más, o frijoles?	<input type="checkbox"/>					
16. Cuando come fuera en restaurantes de comida rápida o tradicionales, ¿qué tan a menudo elige alimentos saludables? (Los alimentos saludables incluyen frutas, verduras, granos integrales, carnes sin grasa, lácteos bajos en grasa o sin grasa y agua).	<input type="checkbox"/>					

En cada una de las siguientes frases, coloque una “X” en la casilla debajo de la opción que mejor refleja su respuesta.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Cocinar toma demasiado tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cocinar me frustra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cocinar es demasiado trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cooking Matters para familias

Encuesta antes del curso

Nunca Casi nunca Algunas veces A menudo Siempre No aplica

30. ¿Qué tan a menudo **planifican** sus comidas **todos juntos en familia**?

31. ¿Qué tan a menudo **preparan** sus comidas **todos juntos en familia**?

32. ¿Qué tan a menudo **comen** sus comidas **todos juntos en familia**?

Cooking Matters para familias

Encuesta antes del curso

Los alimentos saludables incluyen frutas, verduras, granos integrales, carnes sin grasa, lácteos bajos en grasa o sin grasa y agua.

Nada seguro Un poquito seguro Un tanto seguro Muy seguro Totalmente seguro No aplica

33. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?

34. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?

35. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar técnicas básicas culinarias, como cortar frutas y verduras, medir ingredientes o seguir los pasos para preparar una receta?

36. ¿Qué tan seguro se siente de poder **comprar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

37. ¿Qué tan seguro se siente de poder **cocinar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

38. ¿Qué tan seguro se siente de **poder ayudar** a su familia a comer más saludable?

39. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces preparó usted comida o cocinó la cena en casa?

0 1 2 3 4 5 6 7

DETÉNGASE



Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso (padres)

Por favor complete este formulario para proporcionarnos información que nos ayudará a mejorar los cursos Cooking Matters en el futuro. Sea tan sincero como pueda, ya que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Llenar esta encuesta le tomará unos 15 minutos. **Responda las preguntas tomándose en cuenta solo usted, sin pensar en el resto de la familia.** Coloque una “X” en la casilla debajo de la opción que mejor refleja su respuesta.

Nunca Una vez a la semana o menos Más de una vez a la semana Una vez al día Más de una vez al día

Normalmente, ¿cuántas veces come usted...

1. ...frutas como manzana, plátano/banana, melón u otra fruta?	<input type="checkbox"/>				
2. ...ensalada de hojas verdes?	<input type="checkbox"/>				
3. ...“ <i>french fries</i> ” u otras papas doradas en aceite, como <i>hash browns</i> o <i>tater tots</i> ?	<input type="checkbox"/>				
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<input type="checkbox"/>				
5. ...frijoles refritos, frijoles al horno, frijoles pinto, frijoles negros u otros frijoles cocidos? (No incluya ejotes o “green beans”).	<input type="checkbox"/>				
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<input type="checkbox"/>				
7. Normalmente, ¿cuántas veces a la semana come usted una comida fuera de casa, en un restaurante de comida rápida o en un restaurante tradicional? (Puede ser el desayuno, el almuerzo o la cena).	<input type="checkbox"/>				

Nunca Una vez a la semana o menos Más de una vez a la semana Una vez al día Más de una vez al día

Normalmente, ¿cuántas veces toma usted...

8. ...jugos de fruta 100% natural como jugo de naranja, jugo de manzana o jugo de uva? (No incluya ponche de frutas, <i>Kool-aid</i> , bebidas deportivas u otras bebidas con sabor a frutas).	<input type="checkbox"/>				
9. ... una lata, botella o vaso de soda o refresco, bebida deportiva o bebida energética? (No incluya bebidas dietéticas o sin calorías).	<input type="checkbox"/>				
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>				

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

Nunca Casi nunca Algunas veces A menudo Siempre No aplica

11. Cuando toma leche ¿qué tan a menudo elige leche baja en grasa (descremada o con 1% de grasa)?	<input type="checkbox"/>					
12. Cuando consume productos lácteos como yogur, queso, queso <i>cottage</i> , crema agria, etcétera, ¿qué tan a menudo elige uno que sea bajo en grasa o sin grasa?	<input type="checkbox"/>					
13. Cuando consume productos de grano como pan, pasta, arroz, etcétera, ¿qué tan a menudo elige productos de granos integrales ?	<input type="checkbox"/>					
14. ¿Qué tan a menudo elige productos con poco sodio cuando compra alimentos empaquetados, fáciles de preparar, como sopas enlatadas, arroz precocido, comidas congeladas, etcétera?	<input type="checkbox"/>					
15. Cuando compra carne o alimentos con proteína, ¿qué tan a menudo elige carne o proteína baja en grasa como carne de aves o pescado y mariscos (no fritos), carne molida baja en grasa de 90% o más, o frijoles?	<input type="checkbox"/>					
16. Cuando come fuera en restaurantes de comida rápida o tradicionales, ¿qué tan a menudo elige alimentos saludables? (Los alimentos saludables incluyen frutas, verduras, granos integrales, carnes sin grasa, lácteos bajos en grasa o sin grasa y agua).	<input type="checkbox"/>					

En cada una de las siguientes frases, coloque una “X” en la casilla debajo de la opción que mejor refleja su respuesta.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Cocinar toma demasiado tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cocinar me frustra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cocinar es demasiado trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

Nunca Casi
nunca Algunas
veces A
menudo Siempre No
aplica

30. ¿Qué tan a menudo **planifican** sus comidas **todos juntos en familia**?

31. ¿Qué tan a menudo **preparan** sus comidas **todos juntos en familia**?

32. ¿Qué tan a menudo **comen** sus comidas **todos juntos en familia**?

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

Los alimentos saludables incluyen frutas, verduras, granos integrales, carnes sin grasa, lácteos bajos en grasa o sin grasa y agua.

Nunca Casi nunca Algunas veces A menudo Siempre No aplica

33. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?

34. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?

35. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar técnicas básicas culinarias, como cortar frutas y verduras, medir ingredientes o seguir los pasos para preparar una receta?

36. ¿Qué tan seguro se siente de poder **comprar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

37. ¿Qué tan seguro se siente de poder **cocinar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

38. ¿Qué tan seguro se siente de **poder ayudar** a su familia a comer más saludable?

39. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces preparó usted comida o cocinó la cena en casa?

0 1 2 3 4 5 6 7

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

40. Díganos lo que piensa sobre estas ideas marcando la opción que mejor refleja su opinión.

	Esta idea no es para mí.	Estoy pen- sando en intentar esto.	Estoy planeando intentar esto pronto.	Lo intenté durante el curso de 6 semanas.	Ya hice esto antes de tomar este curso.
Dejar que los niños ayuden a decidir cuáles comidas a servir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños ayuden a cocinar las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños le vean disfrutar de los mismos alimentos sanos que ellos comen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños se sirven a sí mismos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer con los niños a la mesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover la conversación en la hora de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

