

Virginia Cooperative Extension

Family Nutrition Program
 Registro Familiar
 (Spanish version of the Family Record 360-095)
PUBLICATION 360-095S

Complete un Registro Familiar para la entrada y otro para la salida del curso FNP. Los ítems sombreadas deben ser diligenciados por el Asistente del Programa.

| | | | |
|--|------|---|---|
| Nombre | | Edad: | NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO PA USE ONLY Residence Code: F T T C S C |
| Dirección: | | Fecha de Nacimiento: | |
| Cuidad: | Zip: | Marque uno <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Grado Escolar terminado ESCOJA UNO <input type="checkbox"/> Graduado de High School or GED <input type="checkbox"/> Algun Grado de College o Universidad <input type="checkbox"/> Graduada de 2 anos de college <input type="checkbox"/> Graduado de College <input type="checkbox"/> Post Graduado |
| Teléfono: () | | Escoja las que apliquen: <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Amamantando | |
| Miembros del Hogar: Escriba el primer nombre y las edades de las personas que viven con usted: | | | Ingreso mensual del hogar \$ |
| Primer Nombre | | Edad | NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO PA USE ONLY Lesson Type: <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Other |
| | | | |
| | | | Remarks: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO PA USE ONLY Subgroup Codes |
| Escoja el grupo étnico con que se identifique (Todas las respuestas son voluntarias): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino | | | |
| Escoja el grupo racial con el cual se identifica (puede escoger más de uno. Todas las respuestas son voluntarias): | | | |
| <input type="checkbox"/> Indio-Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique) | | | |
| Programas sociales en los que usted o su familia participan (Escoja todos los que apliquen): | | | |
| <input type="checkbox"/> Desayuno o almuerzo escolar gratis o reducido <input type="checkbox"/> TANIF (Temporary Assistance for Needy Families) <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (Cardinal Card) <input type="checkbox"/> Entrega de alimentos o despensa <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique): | | | |
| <input type="checkbox"/> ENTRY Date: / / | | <input type="checkbox"/> EXIT Date: / / Number of Lessons: | |
| PA Name: | | <input type="checkbox"/> Educational Objective Met | |
| Group Name: | | Termination Reason: <input type="checkbox"/> Returned to School <input type="checkbox"/> Took Job <input type="checkbox"/> Family Concerns <input type="checkbox"/> Staff Vacancy <input type="checkbox"/> Moved <input type="checkbox"/> Lost Interest <input type="checkbox"/> Other: | |
| Participant ID# | | Did the Family get help from one or more of programs above, due to referral or suggestion by FNP Program Assistant? ****Please check above**** | |

www.ext.vt.edu



Produced by Communications and Marketing, College of Agriculture and Life Sciences,
 Virginia Polytechnic Institute and State University, 2009

Virginia Cooperative Extension programs and employment are open to all, regardless of race, color, national origin, sex, religion, age, disability, political beliefs, sexual orientation, or marital or family status. An equal opportunity/affirmative action employer. Issued in furtherance of Cooperative Extension work, Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia State University, and the U.S. Department of Agriculture cooperating. Rick D. Rudd, Interim Director, Virginia Cooperative Extension, Virginia Tech, Blacksburg; Alma C. Hobbs, Administrator, 1890 Extension Program, Virginia State, Petersburg.



VIRGINIA STATE UNIVERSITY

LD
 5655
 A1142
 no. 360 - 0958
 VPI
 Spec

- 1) ¿Está tomando suplementos nutricionales? 2) ¿Cuánto gastó en comida el mes pasado? \$ _____
- 3) ¿Qué tiempo dedica a realizar una actividad física vigorosa la mayoría de los días? No incluya su rutina normal diaria.
 Menos de 30 minutos Entre 30 y 60 minutos Más de 60 minutos

4) ¿Escriba lo que comió y bebió en las últimas 24 horas?

| | NOMBRE DEL ALIMENTO | CANTI- DAD | NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|---------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| | | | PA USE ONLY Food ID # | | | | | | | | | | SUB CODE | | | | |
| | | | CODE | | | | | | | | | | | | | | |
| Comida de la Mañana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Merienda | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comida del Medio día | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Merienda | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comida de la Noche | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Merienda | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ésta es una encuesta sobre las formas en que usted planea y adquiere alimentos, también sobre lo que usted piensa acerca de temas de salud. Recuerde que NO es una evaluación. Conteste cada pregunta pensando en el pasado reciente. No existen respuestas erróneas.

| Encierre en un círculo la opción que mejor describe la forma en que generalmente usted hace estas cosas. | | | | | |
|---|-------------|------------|---------------|-------------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Con qué frecuencia planea sus comidas por adelantado? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 2. ¿Con qué frecuencia compara los precios cuando compra sus alimentos? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 3. ¿Con qué frecuencia se queda sin alimentos antes del fin de mes? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 4. ¿Con qué frecuencia hace compras de comestibles con una lista de compras? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 5. Esta pregunta es acerca de las carnes, huevos y lácteos. ¿Con qué frecuencia deja estos alimentos fuera del refrigerador por más de dos horas? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 6. ¿Con qué frecuencia descongela las comidas fuera del refrigerador? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 7. ¿Con qué frecuencia escoge alimentos nutritivos al decidir lo que va a preparar para su familia? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 8. ¿Cuántas veces a preparado comidas sin agregar sal? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 9. ¿Con qué frecuencia usa los "Datos de Nutrición" en la etiqueta de alimentos para elegir lo que compra, prepara y come? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 10. ¿Con qué frecuencia usted o sus niños comen algo en la mañana, durante las dos primeras horas después de levantarse? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 11. ¿Con que frecuencia tomas sus comidas y meriendas en compañía de uno o más de sus familiares? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 12. ¿Cada cuánto toma leche 2%, 1% o sin grasa? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 13. ¿Bebe usted una soda regular al día? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 14. ¿Con qué frecuencia prepara sus comidas incluyendo una variedad de alimentos de MiPirámide? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 15. ¿Cada cuánto sirve usted una variedad de frutas y vegetales en sus comidas? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 16. ¿Con qué frecuencia prefiere comer alimentos bajos en grasas? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 17. ¿Con qué frecuencia utiliza un plan o presupuesto escrito para sus gastos? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 18. Cuando tiene la opción de comprar una comida o bebida "extra-grande" ¿Con qué frecuencia la pide para usted solamente? | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | La mayoría de las veces | Casi siempre |
| 19. ¿Cuántas veces a la semana come en restaurante? | _____ veces | | | | |

FNP Formato de Autorización para Divulgación en Medios Audiovisuales (Picture Release Form)

Doy mi permiso y consentimiento para que la Oficina de Extensión Cooperativa de Virginia, promotora de los programas FNP utilice las fotografías tomadas durante las clases de nutrición. Así mismo doy mi permiso y consentimiento para que cualquiera de estas fotos y registros pueda ser usado en los plegables y afiches promocionales de los programas FNP de la Extensión Cooperativa de Virginia, así como en su página Web.

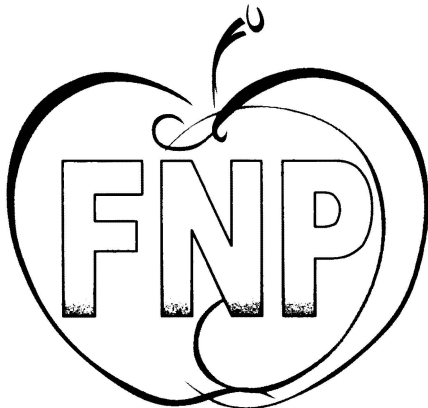
Nombre del Cliente – en imprenta: _____

Firma del Cliente: _____

Nombre del Instructor de VCE / Unidad: _____

Nombre del Programa VCE: _____

Fecha: _____



| SUBGROUP CODES | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|---|-------------------------------------|----|------------------------------|---|-------------------------------|---|----------------------------|
| A | EFNEP Participant | | | Q | Gardening Project | | | | |
| B | SNAP-Ed Participant | | | R | SNAP Recipients | | | | |
| M | 20+ Pregnant/Breastfeeding | | | S | Not Receiving SNAP | | | | |
| N | Teen+ Pregnant/Breastfeeding | | | T | Non-English Speaking | | | | |
| O | SCYF Newsletter Participant | | | U | Client with Chronic Disease | | | | |
| P | Internet Lesson Participant | | | V | Working Homemaker | | | | |
| RESIDENCE CODES | | | | | | | | | |
| F | Farm | T | Towns under 10,000 & rural non-farm | TC | Towns & Cities 10,000-50,000 | S | Suburbs of Cities over 50,000 | C | Central Cities over 50,000 |