

CREATE BETTER HEALTH DEMOGRAFÍA

Cuestionario que **todos** los participantes deben tomar en **FY 2025**.

CREATE
BETTER HEALTH.
en español

Tómese unos minutos para responder las siguientes preguntas. Todas las respuestas son confidenciales y no hay respuestas correctas o incorrectas. La información que proporcione nos ayudará a mejorar nuestro programa y a seguir recibiendo los fondos de SNAP-Ed.

1. Escriba sus iniciales, mes de nacimiento (2 dígitos) y día de nacimiento (2 dígitos) a continuación.

Por ejemplo, si su nombre es *Juan Pérez* y nació el 1 de mayo escriba:

Primera letra de su primer nombre: J Primera letra de su apellido: P

Mes de nacimiento: 05 Día de nacimiento: 01

Primera letra de su primer nombre: _____ Primera letra de su apellido: _____

Mes de nacimiento: _____ Día de nacimiento: _____

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses alguien en su hogar recibió beneficios de un programa federal de asistencia alimentaria? (SNAP, WIC, programa de almuerzo escolar gratis o a precio reducido, o cualquier otro programa federal de asistencia alimentaria)

- ☐ Todos los meses ☐ Algunos meses ☐ Nunca

Las siguientes preguntas tratan sobre los alimentos consumidos en su hogar durante los últimos 12 meses y su capacidad para comprar la comida que se necesitaba.

3. Por favor, lea las siguientes declaraciones que las personas han hecho sobre situaciones alimentarias. Para cada uno, favor de indicar si ha ocurrido frecuentemente, a veces, o nunca (a Ud. u otro adulto en su hogar) en los últimos 12 meses.

La comida que (compré / compramos) no rindió lo suficiente, y (no tenía / no teníamos) dinero para comprar más.

- ☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No sé

(No tenía / No teníamos) recursos suficientes para comer comida variada y nutritiva.

- ☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No sé

4. En los últimos 12 meses, ¿(Usted / Usted u otro adulto del hogar) redujo alguna vez la cantidad de sus comidas o dejó de desayunar, almorzar o cenar porque le faltaba dinero para alimentos?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si usted respondió "Sí" a la pregunta 4, responda la siguiente pregunta. De lo contrario pase a la pregunta 6.

5. ¿Con qué frecuencia sucedió esto? *Casi todos los meses, algunos meses pero no todos, o solamente en 1 ó 2 meses?*

- ☐ Casi todos los meses ☐ Algunos mese pero no todos ☐ Solamente en 1 ó 2 meses ☐ No sé

6. En los últimos 12 meses, ¿comió usted alguna vez menos de lo que pensaba que debía comer porque le faltaba dinero para alimentos?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

7. En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted hambre alguna vez pero no comió porque le faltaba dinero para alimentos?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

8. Por favor seleccione las siguientes opciones que mejor le representen.

Género	Edad	Etnia	Raza <i>(seleccione todas las que correspondan)</i>
☐ Femenino	☐ 18-59 años	☐ Hispano	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Masculino	☐ 60-75 años	☐ No-Hispano	☐ Asiático
☐ No binario	☐ 76+ años	☐ Prefiero no decir	☐ Negro/Afroamericano
☐ Prefiero no decir	☐ Prefiero no decir		☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
☐ Género no listado			☐ Blanco
			☐ Prefiero no decir

9. ¿Cómo se enteró del programa de Create Better Health en español?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Clase de Community Health Worker (CHW)/Promotor(a) | ☐ Organizaciones comunitarias | ☐ Familiares o amigos |
| ☐ El calendario de USU Extension | ☐ El departamento de salud | ☐ Redes sociales |
| ☐ Publicidad o pósters | ☐ Otros, explique por favor: | |
-

¿Está dispuesto a completar en 6 meses una encuesta de seguimiento para participar en el sorteo por un premio de \$250?

- ☐ Sí ☐ No

¿Está interesado en recibir nuestro boletín gratuito de Create Better Health Utah en español?

- ☐ Sí ☐ No

¿Está dispuesto a completar en 1 año una encuesta de seguimiento para participar en el sorteo por un premio de \$250?

- ☐ Sí ☐ No

¿Está interesado en tomar nuestro curso gratuito en línea de Create Better Health Utah en español?

- ☐ Sí ☐ No

Si usted respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor escriba claramente su dirección de correo electrónico.

Correo electrónico: _____

For Office Use Only

Series Name: _____ **Curriculum:** CBH CHG TC **Date:** _____

Ambassador Name: _____ **Location:** _____

