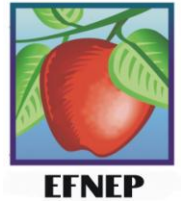




Ohio Expanded Food and Nutrition Education Program
Lista de alimentos consumidos en las últimas 24 horas
Haga un círculo: INICIAL FINAL



Nombre educadora _____

Nombre del participante _____

Fecha _____

¿Está Embarazada? Si___ No___

¿Está dando de mamar? Si___ No___

¿Toma vitaminas o suplementos alimenticios? Sí___ No___ Cuáles?_____

¿Cuánto gastó en comida el último mes? (incluyendo dinero en efectivo y estampillas de comida) \$_____

¿Qué tanta actividad física hizo hoy?

_____ Hice **menos de 30 minutos** de actividad física **además (mas allá)** de mi rutina diaria normal

_____ Hice **entre 30 y 60 minutos** de actividad física **además (mas allá)** de mi rutina diaria normal

_____ Hice **más de 60 minutos** de actividad física **además (mas allá)** de mi rutina diaria normal

Por favor, escriba lo que comió y bebió en las últimas 24 horas

Comidas del día	Alimentos y Bebidas Detalle lo que comió y bebió (incluya agua y condimentos)	Cantidad (tazas, onzas, cucharaditas)	Como fué cocinado (frito, asado, hervido)
En la mañana (1)			
Media mañana (2)			
Medio día Almuerzo (3)			
Media tarde (4)			
Cena (5)			
Media noche (6)			