

APPENDIX B.1: SURVEY INSTRUMENT - SPANISH

Número de aprobación de la
OMB: XXXX-XXXX
Fecha de vencimiento:
XX/XX/20XX

Los alimentos y su hogar

Usted ha sido seleccionado para participar en una encuesta que lleva a cabo el Departamento de Agricultura de Estados Unidos, el Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS) para comprender las costumbres de compra de alimentos de las personas.

En la encuesta se pregunta acerca de los alimentos que compraron y las comidas que se prepararon en su hogar. Por hogar, nos referimos a las personas que viven con usted y con quienes usted compra y prepara alimentos.

- Si usted vive solo, por favor conteste las preguntas pensando en usted.
- Si vive con otras personas, pero usted compra alimentos y prepara comidas únicamente para usted, por favor conteste las preguntas pensando en usted.
- Si usted vive con otras personas y la compra de alimentos y preparación de comidas se comparte con las demás personas de su hogar, por favor conteste las preguntas pensando en todas las personas de su hogar.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, dé la respuesta más aproximada y escriba un comentario en la margen. No se compartirán sus respuestas, a menos que sea requerido por la ley. Sus respuestas se combinarán con las de los demás participantes y se informarán a modo de resultados generales. La información que proporcionen todos los participantes invitados se combinará a fin de contestar preguntas como estas:

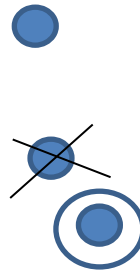
- ¿Dónde compran alimentos las personas?
- ¿Cómo deciden las personas en dónde hacer compras?
- ¿Qué tipo de alimentos hay disponibles para las personas en los lugares donde hacen compras?
- ¿Cuál es el estado general de los hogares en Estados Unidos en cuando a los alimentos?

Escriba en letra legible y use un bolígrafo de tinta negra o azul.

Conteste, rellenando los círculos así

No así  ni así  ni así 

Si cometió un error, táchelo con una X, así:



después, encierre en un círculo su respuesta correcta, así:

Contestar la encuesta le tomará unos 25 minutos. Recuerde contestar las preguntas que están en el frente y en la parte de atrás de cada página.

Cuando termine, devuelva la encuesta en el sobre cuyos gastos de envío ya se han pagado, en un plazo de 7 días. Cuando recibamos su encuesta contestada, le enviaremos 20 dólares en agradecimiento. Si necesita más información, por favor llame al 1-XXX-XXX-XXXX o envíenos un correo electrónico a XXXX.com.

Gracias.

De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que esta tenga un número válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recolección de información es XXXX-XXXX. Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 25 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y

SECCIÓN A: COMPRA DE ALIMENTOS

Al contestar estas preguntas, piense en su hogar. Por hogar, nos referimos a las personas que viven con usted y con quienes usted compra y prepara alimentos. Si usted vive solo, por favor conteste las preguntas pensando únicamente en usted.

En esta sección se pregunta en dónde usted o la persona que principalmente hace las compras, compró alimentos en los últimos 12 meses.

A1. ¿En dónde compró usted (o la persona que principalmente hace las compras) normalmente la mayoría de sus alimentos? ESCRIBA EL NOMBRE DE UNA TIENDA Y DÍGANOS EN DÓNDE QUEDA.

Nombre de la tienda: _____

Intersección más cercana/Calle: _____

Ciudad: _____

A1a. La tienda que anotó arriba, ¿es...? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- Un supermercado grande en cadena (como Albertsons, Kroger, Publix, Safeway, Giant)
- Una tienda de descuentos (como Wal-Mart, K-Mart, Target)
- Una tienda de conveniencia (como 7-Eleven o un mini mercado) o tiendita local
- Una tienda mayorista de membresía (como Sam's Club, BJ's, Costco)
- Una tienda de productos regionales
- Un supermercado de productos orgánicos o naturales/mercado local (como Whole Foods)
- Un mercado de agricultores/un puesto de venta de granjas o fincas/una cooperativa agraria
- Un servicio a domicilio (como Peapod o Fresh Direct)
- Otro, díganos dónde: _____

A1b. ¿Con qué frecuencia compra usted (o la persona que principalmente hace las compras) alimentos en esta tienda?

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Una vez cada dos semanas
- Aproximadamente una vez al mes o menos

A1c. Aproximadamente, ¿a cuántas millas vive usted (o la persona que principalmente hace las compras) de la tienda en donde compra la mayoría de sus alimentos?

- Menos de 1 milla
- 1 a menos de 3 millas
- 3 a menos de 5 millas
- 5 a menos de 10 millas
- 10 a menos de 20 millas
- 20 o más millas

A1d. Aproximadamente, ¿a cuántas millas está su trabajo (o el de la persona que principalmente hace las compras) de esta tienda?

- Menos de 1 milla
- 1 a menos de 3 millas
- 3 a menos de 5 millas
- 5 a menos de 10 millas
- 10 a menos de 20 millas
- 20 o más millas
- No trabaja

A1e. ¿Cómo llega normalmente usted (o la persona que principalmente hace las compras) a esta tienda? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- En mi automóvil (o el de la persona que principalmente hace las compras)
- En un automóvil que pertenece a alguien que vive conmigo (o con la persona que principalmente hace las compras)
- En un automóvil que pertenece a alguien que vive en otra parte
- Caminando
- En bicicleta
- En autobús, metro u otro medio de transporte público
- En taxi o pagándole a un conductor
- Otra persona le trae los alimentos
- Alguna otra manera – Qué manera _____

A1f. ¿Cuánto tiempo le toma normalmente a usted (o la persona que normalmente hace las compras) llegar a esta tienda?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 21 a 30 minutos
- Más de 30 minutos

A1g. ¿Cuáles son las TRES razones más importantes por las que usted (o la persona que principalmente hace las compras) hace las compras en esta tienda? (MARQUE TRES)

- Queda cerca de casa
- Queda cerca del trabajo o de la escuela
- La ubicación es conveniente, pero no queda cerca de casa, el trabajo ni de la escuela
- Los precios son económicos
- Hay muchas promociones en la tienda
- Hay variedad de productos en la tienda
- Hay otros artículos aparte de los alimentos que hay en la tienda
- Hay disponibles productos regionales en la tienda
- Hay carnes de buena calidad
- Mis productos preferidos siempre están disponibles en la tienda
- Los vegetales y verduras son de mejor calidad o más frescos que en otras tiendas
- Buen servicio
- La tienda está limpia
- Estoy familiarizado con la tienda
- El horario de atención me conviene
- Tiene programas para compradores frecuentes o tarjetas de descuento
- La tienda acepta EBT
- Tiene la opción de entregas a domicilio
- Otra razón. Qué razón: _____

A2. Aparte de la tienda que identificó en la pregunta A1, ¿hace compras en otra tienda usted (o la persona que principalmente hace las compras)?

- Sí
- No **VAYA A LA PREGUNTA A3a**

A2a. Aproximadamente, ¿en cuántas otras tiendas compra usted (o la persona que principalmente hace las compras) los alimentos de manera regular?

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

A2b. ¿En qué otra tienda compra alimentos usted (o la persona que principalmente hace las compras)?

(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Un supermercado grande en cadena (como Albertsons, Kroger, Publix, Safeway, Giant)
- Una tienda de descuentos (como Wal-Mart, K-Mart, Target)
- Una tienda de conveniencia (como 7-Eleven o un mini mercado) o tiendita local
- Una tienda mayorista de membresía (como Sam's Club, BJ's, Costco)
- Una tienda de productos regionales
- Un supermercado de productos orgánicos o naturales/mercado local (como Whole Foods)
- Un mercado de agricultores/un puesto de venta de granjas o fincas/una cooperativa agraria
- Un servicio a domicilio (como Peapod o Fresh Direct)
- Otro, díganos dónde: _____

A2c. ¿Con qué frecuencia compra normalmente usted (o la persona que principalmente hace las compras) los alimentos en alguna de las tiendas mencionadas en A2a?

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Una vez cada dos semanas
- Aproximadamente una vez al mes o menos

A3a. Piense en TODAS las tiendas donde usted (o la persona que principalmente hace las compras) compra alimentos. Indique en qué medida hay variedad de productos disponibles en cada una de esas categorías de alimentos en estas tiendas.

¿Qué tanta variedad hay disponible de ...?	Gran variedad	Algo de variedad	Muy poca variedad	No hay disponible	No sabe/No compra
Frutas frescas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas congeladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas enlatadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetales frescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetales congelados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetales enlatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos de granos integrales como arroz integral, cereal multigrano, pasta de trigo integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes magras como carne molida al 92% o más magra, pechugas de pollo sin piel, carnes para fiambres sin grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos lácteos bajos en grasa como leche, queso, yogur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3b. Piense en TODAS las tiendas donde usted (o la persona que principalmente hace las compras) compra alimentos. ¿Qué tan fácil es comprar estos alimentos con su presupuesto?

¿Qué tan fácil es comprar estos alimentos con su presupuesto?	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	No sabe/No come
Frutas frescas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetales frescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos de granos integrales como arroz integral, cereal multigrano, pasta de trigo integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes magras como carne molida al 92% o más magra, pechugas de pollo sin piel, carnes para fiambres sin grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. En los últimos 30 días, aproximadamente, ¿cuánto dinero gastó usted/su hogar en comida de supermercados, tiendas u otros almacenes que venden productos comestibles (incluyendo compras hechas con beneficios de SNAP o estampillas de comidas)?

\$ _ | _ | _ |

A4a. En los últimos 30 días, aproximadamente, ¿cuánto dinero se gastó usted/su hogar en artículos no comestibles (como productos de limpieza o aseo personal, comida para mascotas, cigarrillos o bebidas alcohólicas) en supermercados, tiendas u otros almacenes que venden productos comestibles?

\$ _ | _ | _ |

A5. ¿Cuáles son las TRES razones más importantes por las que usted (o la persona que principalmente hace las compras) elige los alimentos que compra? (MARQUE TRES)

- El precio
- La marca
- El contenido nutricional
- El sabor
- La fecha de vencimiento
- La facilidad de preparación
- Lo bien que se conservan después de comprarlos
- Otra razón. Qué razón: _____

A6. ¿Con qué frecuencia usted (o la persona que principalmente hace las compras) usa las siguientes estrategias para comprar alimentos para usted/su hogar?

¿Con qué frecuencia...?	Siempre/Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Hace un presupuesto de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planifica las comidas y refrigerios para su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace una lista de compras de alimentos que necesita para preparar las comidas y refrigerios para usted/su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mira los anuncios de las tiendas para ver si hay promociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra en las tiendas con los precios más bajos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa cupones de las tiendas o fabricantes/tarjetas de descuento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra productos en rebaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace compras al por mayor de productos no perecederos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra alimentos que son de marca de la tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selecciona la marca con el precio más bajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra frutas y verduras enteras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra frutas y verduras enlatadas o congeladas para ahorrar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra en más de una tienda para conseguir los mejores precios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN B: INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Las siguientes preguntas son acerca de las guías de nutrición del gobierno federal para las personas en Estados Unidos.

Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de la habilidad suya/de su hogar para comer una dieta saludable. En este cuestionario, una dieta saludable significa comer una variedad de alimentos de los cinco grupos alimenticios (frutas, verduras, granos, lácteos y proteínas). También significa no comer mucha grasa saturada, sal ni azúcar, y consumir la cantidad correcta de calorías.

B1. La mayoría de días yo/las personas de mi hogar comen una dieta saludable.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

B2. Entiendo/Las personas en mi hogar entienden la importancia de comer saludable para permanecer saludable

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

B3. Díganos si alguna de las siguientes razones es la causa por la que usted (o la persona que principalmente hace las compras) no compra alimentos que son parte de una dieta saludable.

En este cuestionario, una dieta saludable significa comer una variedad de alimentos de los cinco grupos alimenticios (frutas, verduras, granos, lácteos y proteínas). También significa no comer mucha grasa saturada, sal ni azúcar, y consumir la cantidad correcta de calorías. (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Distancia a la tienda
- Transporte
- Horario de atención
- Precios
- Discapacidad física
- Cantidad de tiempo disponible para comprar en la tienda
- Problemas de seguridad (en las tiendas o cerca de las tiendas)
- Otra. Qué razón: _____
- Ninguna de las anteriores. Puedo comprar alimentos que son parte de una dieta saludable

B4. Díganos si alguna de las siguientes razones es la causa por la que usted (o la persona que principalmente hace las compras) no prepara alimentos que son parte de una dieta saludable.

En este cuestionario, una dieta saludable significa comer una gran variedad de alimentos con bastante fibra y que sean bajos en grasa, sal y azúcar. (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Falta de tiempo para preparar comidas desde cero
- Falta de equipo (cocina que funcione, ollas y cacerolas) para preparar la comida
- Falta de lugar para almacenar la comida cocinada o la comida fresca
- No sé cocinar desde cero
- Mayormente no sé cuáles son los alimentos que son parte de una dieta saludable
- Discapacidad física
- A los miembros del hogar no les gusta comidas cocinadas en casa
- Otra. Qué razón: _____

B5. ¿Qué tan familiarizado está con esta gráfica?



- La he visto y sé bastante al respecto
- La he visto y sé algo al respecto
- La he visto pero sé muy poco al respecto
- Nunca la había visto **VAYA A LA PREGUNTA B7**

B6. ¿Ha intentado seguir la información de MyPlate?

- Sí
- No
- No sé qué es MyPlate

B7. ¿Con qué frecuencia usa el Panel de información de nutrición (ejemplo a la derecha) al decidir comprar un alimento?

- Siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca **VAYA A LA SECCIÓN C**
- No he visto el Panel de información de nutrición en las etiquetas de alimentos **VAYA A LA SECCIÓN C**

B8. ¿Qué tipo de información nutricional busca en el panel de información de nutrición? (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Calidad nutritiva del alimento
- Tamaño de la porción
- Calorías

Nutrition Facts			
Serving Size 2/3 cup (55g)			
Servings Per Container About 8			
Amount Per Serving			
Calories 230	Calories from Fat 40		
% Daily Value*			
Total Fat 8g			12%
Saturated Fat 1g			5%
Trans Fat 0g			
Cholesterol 0mg			0%
Sodium 160mg			7%
Total Carbohydrate 37g			12%
Dietary Fiber 4g			16%
Sugars 1g			
Protein 3g			
Vitamin A			10%
Vitamin C			8%
Calcium			20%
Iron			45%
* Percent Daily Values are based on a 2,000 calorie diet. Your daily value may be higher or lower depending on your calorie needs.			
	Calories:	2,000	2,500
Total Fat	Less than	65g	80g
Sat Fat	Less than	20g	25g
Cholesterol	Less than	300mg	300mg
Sodium	Less than	2,400mg	2,400mg
Total Carbohydrate		300g	375g
Dietary Fiber		25g	30g

SECCIÓN C: PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN CASA

Al contestar estas preguntas, piense en su hogar. Por hogar, nos referimos a las personas que viven con usted y con quienes usted compra y prepara alimentos.

Si usted vive solo, por favor conteste las preguntas pensando únicamente en usted.

C1. Las siguientes afirmaciones describen las actitudes de las personas hacia la cocina y las habilidades y prácticas para cocinar.

Indique en qué medida está de acuerdo con esas afirmaciones cuando piensa en la persona que principalmente cocina en su hogar, ya sea usted u otra persona.

La persona que principalmente cocina en su hogar (ya sea usted u otra persona)...	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Prepara comidas saludables para las personas de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabe cocinar comidas saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente prepara platos principales que necesitan más de 3 ingredientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede preparar una comida con los alimentos que haya en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba nuevas recetas con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prepara bastante comida para comerla durante la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No prepara comidas saludables porque nadie en mi casa las come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No prepara comidas saludables porque no satisface su hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente tiene en casa los ingredientes básicos para una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente tiene en casa los utensilios básicos para preparar una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tiene tiempo de preparar comidas saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Al pensar en la cena, ¿diría que la mayoría de cenas (o la comida principal del día) que se come en su casa...? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- Se cocina desde cero usando ingredientes básicos
- Se prepara usando ingredientes que ya vienen listos (como salsas y mezclas preparadas)
- Son alimentos de conveniencia que solo hay que calentarlos y servir
- Son alimentos que ya vienen listos para servir (no es necesario calentarlos, prepararlos ni cocinarlos)

C3. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa usted/la persona que principalmente cocina en su hogar cocinando la cena (o la comida principal del día)?

- 15 minutos o menos
- De 16 a 30 minutos
- De 31 a 60 minutos
- Más de 60 minutos
- Yo no preparo/Nosotros no preparamos comidas en casa en un día normal

C4. En los últimos 7 días, ¿cuántas cenas (o la comida principal del día) cocinaron en casa desde cero usted o la persona que principalmente cocina, usando ingredientes básicos?

Cantidad de comidas

(ESPECIFIQUE UNA CANTIDAD ENTRE 0 Y 7)

C5. En los últimos 7 días, ¿cuántas comidas consumió usted/las personas en su casa (incluyendo el desayuno, almuerzo y cena) que se prepararon fuera de casa en lugares como restaurantes, sitios de comida rápida, puestos de comida, supermercados, tiendas de conveniencia o máquinas expendedoras de comidas?

Cantidad de comidas

(ESPECIFIQUE UNA CANTIDAD ENTRE 0 Y 21)

C5a. En los últimos 7 días, ¿cuántas de estas comidas (incluyendo el desayuno, almuerzo y cena) eran de un sitio de comida rápida o de una pizzería?

Cantidad de comidas de un sitio de comida rápida o de una pizzería

(ESPECIFIQUE UNA CANTIDAD ENTRE 0 Y 21)

- C5b. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas de estas comidas (incluyendo el desayuno, almuerzo y cena) eran comidas "listas para servir" (como platos principales, ensaladas, sopas o sándwiches) de un supermercado?** No incluya carnes para fiambres ni queso que se compre para hacer sándwiches, ni alimentos congelados ni enlatados.

Cantidad de comidas "listas para servir"
(ESPECIFIQUE UNA CANTIDAD ENTRE 0 Y 21)

- C5c. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas de estas comidas (incluyendo el desayuno, almuerzo y cena) eran comidas congeladas, platos principales congelados o pizzas congeladas?**

pizzas congeladas

Cantidad de comidas congeladas, platos principales congelados o pizzas congeladas
(ESPECIFIQUE UNA CANTIDAD ENTRE 0 Y 21)

Las siguientes preguntas son acerca de los alimentos que se consumieron en su hogar en los últimos 12 meses y acerca de si usted pudo comprar los alimentos que necesitaba.

- C6. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor a los alimentos que se consumieron en su hogar en los últimos 12 meses?**

- Suficientes alimentos de los que nos gusta comer
 Suficiente pero no siempre de la clase de alimentos que nos gusta comer
 A veces no hay suficiente que comer
 Con frecuencia no hay suficiente que comer

- C7. En los últimos 12 meses, nos preocupaba que se nos fuera a acabar la comida antes de tener dinero con qué comprar más. Eso**

- fue cierto con frecuencia
 a veces fue cierto
 nunca fue cierto

- C8. En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no alcanzó y no teníamos dinero para comprar más. Eso**

- fue cierto con frecuencia
 a veces fue cierto
 nunca fue cierto

- C9. En los últimos 12 meses, no pudimos comprar comidas balanceadas. Eso**

- fue cierto con frecuencia
 a veces fue cierto

- nunca fue cierto
- C10. En los últimos 12 meses, ¿usted u otro adulto del hogar redujo el tamaño de sus comidas o dejó de comer alguna comida del día porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí. Casi todos los meses
- Sí. Algunos meses pero no todos
- Sí. Únicamente 1 o 2 meses
- No
- C11. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debería comer debido a que no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí
- No
- C12. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí
- No
- C13. En los últimos 12 meses, ¿bajó de peso porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí
- No
- C14. En los últimos 12 meses, ¿usted u otro adulto del hogar dejó de comer durante todo un día porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí. Casi todos los meses
- Sí. Algunos meses pero no todos
- Sí. Únicamente 1 o 2 meses
- No

Las siguientes son varias afirmaciones que han hecho las personas acerca de la situación de comida de sus hijos. Por favor conteste estas preguntas acerca de la situación de comida de los niños menores de 18 años que vivan en su hogar. **SI EN SU HOGAR NO HAY NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS, VAYA A LA PREGUNTA C22.**

- C15. En los últimos 12 meses, dependimos únicamente de unas clases de alimentos de bajo costo para alimentar a los niños porque se nos estaba acabando el dinero para comprar comida.**
- fue cierto con frecuencia
- a veces fue cierto
- nunca fue cierto

- C16. En los últimos 12 meses, no pudimos alimentar a los niños con una comida balanceada porque no podemos pagar por eso.**
- fue cierto con frecuencia
 - a veces fue cierto
 - nunca fue cierto
- C17. En los últimos 12 meses, los niños no comieron lo suficiente porque simplemente no podíamos comprar suficiente comida.**
- fue cierto con frecuencia
 - a veces fue cierto
 - nunca fue cierto
- C18. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez redujo la porción de las comidas de los niños porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí
 - No
- C19. En los últimos 12 meses, ¿alguno de los niños dejó de comer las comidas porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí. Casi todos los meses
 - Sí. Algunos meses pero no todos
 - Sí. Únicamente 1 o 2 meses
 - No
- C20. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez los niños tuvieron hambre pero usted simplemente no tenía con qué comprar más comida?**
- Sí
 - No
- C21. En los últimos 12 meses, ¿alguno de los niños pasó alguna vez todo un día sin comer porque no había suficiente dinero para comprar comida?**
- Sí
 - No

C22. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted/las personas en su hogar tuvieron que hacer algunas de las siguientes cosas para hacer rendir el dinero para comprar comida?

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted/las personas en su hogar que...?	Con frecuencia	Muy de vez en cuando	Casi nunca	Nunca/no fue una opción
Recibir comida de familiares o amigos para reemplazarla luego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedir dinero prestado que luego tiene que devolver a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acumular o aumentar la deuda de la tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enviar a los miembros del hogar a que coman en otra parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enviar a los miembros del hogar a que se queden en otra parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intercambiar el trabajo por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprar alimentos con el dinero que se había dispuesto para otras cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseguir alimentos de una despensa comunitaria o de beneficencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar de comprar medicamentos o de ir al médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasar el pago del alquiler o la hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasar el pago de otras cuentas (por ejemplo, servicios, automóvil, tarjetas de crédito, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vender o empeñar artículos del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra cosa. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C23. Cuéntenos cuáles de las siguientes opciones/apoyos comunitarios de alimentos hay disponibles en su comunidad (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

- Banco de alimentos/Despensa comunitaria
- Comidas gratuitas servidas en un comedor de beneficencia
- Comidas gratuitas servidas en una iglesia/escuela o centro comunitario
- No sabe
- Otros sitios donde hay comidas disponibles para las personas necesitadas. Cuéntenos dónde: _____
- En mi comunidad no hay apoyo disponible en cuanto a comida

SECCIÓN D FINANZAS DEL HOGAR

Al contestar estas preguntas, piense en su hogar.

Por hogar, nos referimos a las personas que viven con usted y con quienes usted compra y prepara alimentos. Si usted vive solo, por favor conteste las preguntas pensando únicamente en usted.

- D1. ¿Quién es la persona responsable de las decisiones diarias en su hogar respecto al dinero?**
- Yo
 - Mi cónyuge o pareja
 - Es una decisión conjunta (con mi pareja u otro miembro del hogar)
 - Otro miembro del hogar
 - Nadie
- D2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor las costumbres de hacer presupuestos en su hogar? (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN).**
- Yo/Nosotros no tenemos suficiente dinero para hacer un presupuesto
 - Yo/Nosotros no tenemos tiempo de hacer un presupuesto y seguirlo
 - Yo/Nosotros quisiéramos hacer un presupuesto mensual pero no sabemos cómo
 - Yo/Nosotros tenemos un presupuesto para las cuentas mensuales pero no para los gastos diarios
 - Yo/Nosotros tenemos un presupuesto mensual y lo usamos para planificar todos los gastos
- D3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación financiera suya/de su hogar?**
- Todas las cuentas se pagan a tiempo y no hay cuentas retrasadas
 - A veces no hago/hacemos un pago pero no hay cuentas retrasadas
 - Me cuesta/Nos cuesta pagar las cuentas cada mes pero no hay cuentas retrasadas
 - Recibo/Recibimos llamadas de cobradores y me cuesta/nos cuesta pagar las cuentas cada mes
 - Estoy/Estamos considerando una declaración de bancarrota o me he declarado en bancarrota en los últimos tres años
- D4. ¿Tiene usted/su hogar actualmente cuentas retrasadas?**
- Sí
 - No

D5. Califique la medida en que cada uno de los siguientes problemas le ha preocupado a usted/a su hogar en los últimos 12 meses.

	No es un problema	Es un problema pequeño	Es un problema moderado	Es un problema muy grave
Capacidad para pagar los servicios (calefacción/aire acondicionado/agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para pagar el alquiler o la hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contar con una persona para que cuide a los niños o a otros dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener un medio de transporte confiable y conveniente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para obtener los medicamentos necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN E: ACERCA DE USTED Y DE SU HOGAR

- E1. En general, ¿diría que su salud es...?**
- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Malo
- E2. ¿Le ha indicado un médico a usted o a alguna de las personas en su hogar que siga una dieta en particular para tratar una enfermedad específica (es decir, la diabetes, la hipertensión arterial) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**
- Sí
 - No
- E3. ¿Es usted de sexo femenino o sexo masculino?**
- Masculino
 - Femenino
- E4. ¿Cuál es su estado civil?**
- Actualmente casado
 - Viudo
 - Divorciado
 - Separado
 - Nunca se ha casado
- E5. ¿Qué edad tiene usted?**
- Entre 18 y 29 años
 - Entre 30 y 39 años
 - Entre 40 y 49 años
 - Entre 50 y 59 años
 - 60 años o más
- E6. ¿Qué idioma o idiomas habla normalmente en casa? (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)**
- Inglés
 - Español
 - Otro. Especifique: _____
- E7. ¿Es usted hispano o latino?**
- Sí, hispano o latino
 - No, no hispano o latino

**E8. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es su raza?
(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)**

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanca
- Otra [especifique]_____

E9. ¿Nació usted en un país distinto de Estados Unidos, Puerto Rico o los territorios incorporados de Estados Unidos?

- Sí
- No **VAYA A LA PREGUNTA E10**

E9a. ¿Hace cuánto que vive en Estados Unidos?

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- Más de 10 años

E10. ¿Cuál es el grado escolar más alto que ha completado o el título más alto que ha recibido?

- No completó la secundaria o "high school"
- Diploma de secundaria o "high school" o GED
- Algo de universidad pero no se graduó
- Título de asociado: programa ocupacional, técnico o vocacional
- Título de asociado: programa académico
- Licenciatura (por ejemplo: BA, AB, BS, BBA)
- Maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MBA)
- Título de estudios especializados (por ejemplo: MD, DDS, DVM, JD)
- Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

E11. ¿Vive usted en...? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- Un lugar como una casa, un apartamento o una casa móvil **VAYA A LA PREGUNTA F9a**
- La casa de otra persona **VAYA A LA PREGUNTA F9b**
- En una institución o lugar o albergue que ofrece alojamiento y cuidado **VAYA A LA PREGUNTA F9b**
- Otro **VAYA A LA PREGUNTA F9b**

E11a. El lugar donde usted vive, ¿es ...? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- Propiedad suya o de alguna de las personas en su hogar con una hipoteca o préstamo
- Propiedad suya o de alguna de las personas en su hogar y ya ha sido pagado en su totalidad (no hay préstamos ni hipotecas)
- Alquilado
- Alquilado para comprar
- Ocupado sin pagar alquiler

E11b. ¿Cuántas habitaciones tiene esta vivienda, incluyendo la cocina pero no los baños?

|_|_| habitaciones

E11c. ¿Hay una cocina en el lugar donde usted vive?

- Sí
- No **☐ VAYA A LA PREGUNTA E11e**

E11d. ¿Tiene usted utensilios básicos de cocina, como ollas y cacerolas, cubiertos y platos en su cocina?

- Sí
- No

E11e. ¿Hay una estufa o algo en qué cocinar en el lugar donde usted vive?

- Sí
- No

E11f. ¿Hay un refrigerador que funcione en el lugar donde usted vive?

- Sí
- No

E11g. ¿Hay un horno de microondas que funcione en el lugar donde usted vive?

- Sí
- No

E12. Incluyéndose a usted mismo, ¿cuántas personas viven actualmente en su hogar? Por hogar nos referimos a las personas que comparten la comida y los ingresos con usted. No incluya a personas en su hogar que no se benefician del programa SNAP o de estampillas de comida ni de otro ingreso.

|_|_|

E12a. ¿Cuántas de estas personas son niños entre 5 y 17 años de edad?

|_|_| cantidad de niños

E12b. ¿Cuántas de estas personas son niños menores de 5 años?

|__|__| cantidad de niños

E12c. ¿Cuántas de estas personas son adultos mayores de 60 años?

|__|__| cantidad de adultos mayores de 60 años

E13. En los últimos 12 meses, ¿ha cambiado la cantidad de personas que viven en su hogar?

- Sí
 No **VAYA A LA PREGUNTA E14**

E13a. ¿Qué ocasionó el cambio? (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Nacimiento de un niño
 Llegada de un medio hermano, un niño en cuidado temporal o un niño adoptado
 Matrimonio/Nueva pareja
 Separación o divorcio
 Fallecimiento de un miembro del hogar
 Llegada de un inquilino
 Partida de un familiar o de un inquilino
 Otro. Especifique: _____

E14. ¿Usted o alguna persona en su hogar... (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- tiene serias dificultades para oír o es sorda?
 tiene serias dificultades para ver incluso al usar anteojos?
 tiene un problema físico, mental o emocional que le dificulta concentrarse?
 sufre de depresión
 tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?
 tiene serias dificultades para vestirse o bañarse?
 tiene un problema físico, mental o emocional que le dificulta hacer diligencias como ir al médico o ir de compras?
 Ninguna de las anteriores

E15. En los últimos 12 meses, ¿algún niño que vive en su hogar recibió almuerzos gratis o de precio reducido del Programa Nacional de Almuerzos Escolares?

- Sí
 No

E16. En los últimos 12 meses, ¿algún niño que vive en su hogar recibió desayunos gratis o de reducido del Programa Nacional de Desayunos Escolares?

- Sí

- No
- E17. **En los últimos 12 meses**, ¿algún niño que vive en su hogar recibió almuerzos gratis o de precio reducido del Programa de Servicio de Alimentos de Verano?
- Sí
 No
- E18. **En los últimos 12 meses**, ¿algún niño que vive en su casa asistió al programa de Head Start o a un programa de cuidado infantil donde reciben comidas gratis?
- Sí
 No
- E19. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió usted o alguna de las personas en su hogar ayuda de WIC, es decir el programa para Mujeres, bebés y niños?
- Sí
 No
- E20. **En los últimos 12 meses**, ¿fue usted o alguna de las personas en su hogar a un programa comunitario o centro para personas mayores para comer comidas preparadas?
- Sí
 No
- E21. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió usted o alguna de las personas en su hogar comidas a domicilio de programas comunitarios, de "Meals on Wheels" o de otro programa?
- Sí
 No
- E22. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió usted o alguna de las personas en su hogar incentivos monetarios (como "*bonus bucks*") para comprar en los mercados de agricultores?
- Sí
 No
- E23. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió usted o alguna de las personas de su hogar algún otro tipo de asistencia de comida, como de iglesias, de banco de alimentos, de comedores comunitarios o de otras organizaciones?
- Sí
 No
- E24. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió usted o alguna de las personas en su hogar asistencia financiera para pagar el alquiler (es decir, un voucher de Housing Choice)?
- Sí

No

E25. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguna de las personas en su hogar asistencia del Programa de Asistencia de Energía en el Hogar para pagar las cuentas de la energía o del gas?

Sí

No

E26. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguno de los adultos en su hogar servicios de capacitación de empleo para conseguir un trabajo, adquirir conocimientos o habilidades o un título educativo?

Sí

No

E27. Actualmente, ¿recibe usted o alguna de las personas en su hogar beneficios del programa SNAP? Esto incluye todo beneficio de SNAP, incluso si la cantidad es pequeña y los beneficios se reciben en nombre de los niños del hogar.

Sí

No **VAYA A LA PREGUNTA E29**

E27a. En los últimos 12 meses, ¿por cuántos meses recibió beneficios de SNAP?

|_|_| meses

E27b. ¿En qué fecha se depositaron la última vez los beneficios de SNAP en su tarjeta EBT?

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|
MES DÍA AÑO

E27c. ¿Qué cantidad recibió en beneficios de SNAP el mes pasado?

\$ |_|_|_|_|

E28. ¿Para cuántas semanas le alcanzan normalmente sus beneficios mensuales de SNAP?

1 semana o menos

2 semanas

3 semanas

4 semanas

Más de 4 semanas

E33. Indique si usted o alguna de las personas en su hogar recibieron ingresos en los últimos 12 meses de algunas de las siguientes fuentes: (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- Salarios, pagas, comisiones, bonos o propinas de todos los trabajos
- Ingresos de un negocio independiente o por su propia cuenta, incluyendo sociedades pero sin incluir fincas ni granjas
- Intereses, dividendos, ingresos por alquileres, ingresos por derechos de autor o ingresos de fondos y propiedades
- Seguro Social o jubilación ferroviaria
- Ingreso complementario de seguridad (SSI)
- Pagos de asistencia pública o bienestar (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local
- Pensiones de jubilación, discapacidad o para sobrevivientes
- Administración de Veteranos (VA),
- Seguro de desempleo
- Pensión infantil
- Manutención
- Otra fuente de ingresos habituales. Especifique:

GRACIAS POR CONTESTAR ESTA ENCUESTA.

POR FAVOR ENVÍE LA ENCUESTA EN EL SOBRE QUE LE ENTREGARON, CUYOS GASTOS DE ENVÍO YA SE PAGARON. SI SE LE EXTRAVIÓ EL SOBRE, POR FAVOR ENVÍE LA ENCUESTA

**A: FOOD AND YOUR HOUSEHOLD SURVEY, 1500 RESEARCH BLVD, ROCKVILLE, MD
20850.**