



Cooking Matters para Adultos

Encuesta para participantes – FY2017

1. ¿Sexo?

Masculino

Femenino

2. ¿Cuántos años tiene?

Menor de 18 40-49

18-29 50-59

30-39 60 o más años

3. ¿Nivel de educación alcanzado?

No es graduado de la secundaria Carrera universitaria de 2 años

Diploma de secundaria/ preparatoria o GED Carrera universitaria de 4 años

Algo de educación postsecundaria, sin graduarse

4. ¿Es usted hispano o latino?

Sí

No

5. 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)

6. ¿Está embarazada?

Sí

No

7. 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

8. ¿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

9. ¿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

10. 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 Adultos

Encuesta antes del curso

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ensalada de hojas verdes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cooking Matters para Adultos

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Adultos

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

30. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Qué tan seguro se siente de poder comprar alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Qué tan seguro se siente de poder cocinar alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Qué tan seguro se siente de poder ayudar a su familia a comer más saludable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. 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 Adultos

Encuesta para después del curso

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ensalada de hojas verdes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cooking Matters para Adultos

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Adultos

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.

	Nada seguro	Un poquito seguro	Un tanto seguro	Muy seguro	Totalmente seguro	No aplica		
30. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33. ¿Qué tan seguro se siente de poder comprar alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34. ¿Qué tan seguro se siente de poder cocinar alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35. ¿Qué tan seguro se siente de poder ayudar a su familia a comer más saludable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces preparó usted comida o cocinó la cena en casa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Cooking Matters para Adultos

Encuesta para después del curso

37. ¿Preparó en casa alguna de las recetas de este curso?

Sí No

↳ Si respondió sí, ¿cuáles recetas preparó?

38. ¿Cómo ha cambiado su vida a causa de esta clase?

39. ¿Hay algo de este curso que le gustaría cambiar? Por favor, díganos qué le gustaría cambiar o escriba en este espacio una sugerencia o un mensaje para los instructores.

40. ¿Planea compartir con su familia o amigos algo de lo que aprendió en este curso?

Sí No

Por favor escriba la primera letra de su primer nombre, segundo nombre y apellido(s.) Ejemplo: si su nombre es Maria Elena Ortiz Méndez, escriba MEOM.

FOR STAFF USE ONLY

Check boxes for each **lesson** the participant attended: 1 2 3 4 5 6

Check which waivers the participant signed: Participation/Information Media

Month Course Ended

Partner Code

Course Code