



Cooking Matters para familias

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 familias

Encuesta antes del curso (padres)

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"/>				
2. ...ensalada de hojas verdes?	<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"/>				
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<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"/>				
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<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"/>				

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"/>				
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"/>				
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>				

Cooking Matters para familias

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"/>					
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"/>					
13. Cuando consume productos de grano como pan, pasta, arroz, etcétera, ¿qué tan a menudo elige productos de granos integrales ?	<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"/>					
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"/>					
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"/>					

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 familias

Encuesta antes del curso

Nunca Casi
nunca Algunas
veces A
menudo Siempre No
aplica

30. ¿Qué tan a menudo **planifican** sus comidas **todos juntos en familia**?

31. ¿Qué tan a menudo **preparan** sus comidas **todos juntos en familia**?

32. ¿Qué tan a menudo **comen** sus comidas **todos juntos en familia**?

Cooking Matters para familias

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

33. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?

34. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?

35. ¿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?

36. ¿Qué tan seguro se siente de poder **comprar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

37. ¿Qué tan seguro se siente de poder **cocinar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

38. ¿Qué tan seguro se siente de **poder ayudar** a su familia a comer más saludable?

39. 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 for familias

Información de niños

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo?

Masculino

Femenino

2. ¿Cuántos años tiene su hijo?

7 o menor 11

8 12

9 13 o mayor

10

3. Es su hijo Hispano o Latino?

Sí

No

4. Marque la raza con la que se identifica su hijo: (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)

Your Name: _____

Before Class Survey

Please put an "X" in the box to mark your answer.

1. I can make something to eat with fruit all by myself.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



2. I can make something with vegetables all by myself.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



3. I can make healthy choices when I'm out to eat.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



4. I can help make healthy choices at the grocery store.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



5. I can talk to my family about healthy eating.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



6. I can talk to my family about healthy cooking.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



7. I can follow recipe directions.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



8. I can use a knife safely.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



Please put an "X" in the box to mark your answer.

9. How do you feel about trying new foods?

- 😊 I really like to try new foods.
- 😐 I kind of like to try new foods.
- 😞 I don't like to try new foods.
- 😡 I really don't like to try new foods.
- 🤔 I'm not sure if I like to try new foods.



10. How do you feel about eating fruit?

- 😊 I really like to eat fruit.
- 😐 I kind of like to eat fruit.
- 😞 I don't like to eat fruit.
- 😡 I really don't like to eat fruit.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat fruit.



11. How do you feel about eating vegetables?

- 😊 I really like to eat vegetables.
- 😐 I kind of like to eat vegetables.
- 😞 I don't like to eat vegetables.
- 😡 I really don't like to eat vegetables.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat vegetables.



12. How do you feel about eating whole grain foods, like whole wheat bread or tortillas, or whole grain crackers?

- 😄 I really like to eat whole grains.
- 😊 I kind of like to eat whole grains.
- 😐 I don't like to eat whole grains.
- 😞 I really don't like to eat whole grains.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat whole grains.



13. How do you feel about choosing drinks that are low in sugar (such as plain, low-fat milk and water)?

- 😄 I really like to choose drinks that are low in sugar.
- 😊 I kind of like to choose drinks that are low in sugar.
- 😐 I don't like to choose drinks that are low in sugar.
- 😞 I really don't like to choose drinks that are low in sugar.
- 🤔 I'm not sure if I like to choose drinks that are low in sugar.





Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso (padres)

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"/>				
2. ...ensalada de hojas verdes?	<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"/>				
4. ...cualquier otra clase de papas que no sean fritas?	<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"/>				
6. ...otras verduras no fritas como zanahorias, brócoli, maíz/ejotes u otras verduras?	<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"/>				

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"/>				
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"/>				
10. ...un vaso o botella de agua? (Incluya agua de la llave, embotellada, mineral o con gas).	<input type="checkbox"/>				

Cooking Matters para familias

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"/>					
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"/>					
13. Cuando consume productos de grano como pan, pasta, arroz, etcétera, ¿qué tan a menudo elige productos de granos integrales ?	<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"/>					
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"/>					
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"/>					

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 familias

Encuesta para después del curso

Nunca Casi
nunca Algunas
veces A
menudo Siempre No
aplica

30. ¿Qué tan a menudo **planifican** sus comidas **todos juntos en familia**?

31. ¿Qué tan a menudo **preparan** sus comidas **todos juntos en familia**?

32. ¿Qué tan a menudo **comen** sus comidas **todos juntos en familia**?

Cooking Matters para familias

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.

Nunca Casi nunca Algunas veces A menudo Siempre No aplica

33. ¿Qué tan seguro se siente de poder usar el mismo ingrediente saludable en más de una comida?

34. ¿Qué tan seguro se siente de poder escoger las opciones de frutas y verduras (frescas, congeladas o enlatadas) con los mejores precios?

35. ¿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?

36. ¿Qué tan seguro se siente de poder **comprar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

37. ¿Qué tan seguro se siente de poder **cocinar** alimentos saludables para su familia sin gastar más de lo que sus ingresos le permiten?

38. ¿Qué tan seguro se siente de **poder ayudar** a su familia a comer más saludable?

39. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces preparó usted comida o cocinó la cena en casa?

0 1 2 3 4 5 6 7

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

40. Díganos lo que piensa sobre estas ideas marcando la opción que mejor refleja su opinión.

	Esta idea no es para mí.	Estoy pen- sando en intentar esto.	Estoy planeando intentar esto pronto.	Lo intenté durante el curso de 6 semanas.	Ya hice esto antes de tomar este curso.
Dejar que los niños ayuden a decidir cuáles comidas a servir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños ayuden a cocinar las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños le vean disfrutar de los mismos alimentos sanos que ellos comen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que los niños se sirven a sí mismos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer con los niños a la mesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover la conversación en la hora de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cooking Matters para familias

Encuesta para después del curso

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

Sí No

↳ Si respondió sí, ¿cuáles recetas preparó?

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

43. ¿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.

44. ¿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.

¡Gracias por su participación!

Your Name: _____

After Class Survey

Please put an "X" in the box to mark your answer.

1. I can make something to eat with fruit all by myself.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



2. I can make something with vegetables all by myself.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



3. I can make healthy choices when I'm out to eat.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



4. I can help make healthy choices at the grocery store.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



5. I can talk to my family about healthy eating.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



6. I can talk to my family about healthy cooking.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



7. I can follow recipe directions.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



8. I can use a knife safely.

- YES!** Definitely!!!
- Yes, I think I can do it.
- No, I don't think I could do it.
- NO!** No way!!!
- Not sure / I don't know what that is.



Please put an "X" in the box to mark your answer.

9. How do you feel about trying new foods?

- 😊 I really like to try new foods.
- 😐 I kind of like to try new foods.
- 😞 I don't like to try new foods.
- 😱 I really don't like to try new foods.
- 🤔 I'm not sure if I like to try new foods.



10. How do you feel about eating fruit?

- 😊 I really like to eat fruit.
- 😐 I kind of like to eat fruit.
- 😞 I don't like to eat fruit.
- 😱 I really don't like to eat fruit.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat fruit.



11. How do you feel about eating vegetables?

- 😊 I really like to eat vegetables.
- 😐 I kind of like to eat vegetables.
- 😞 I don't like to eat vegetables.
- 😱 I really don't like to eat vegetables.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat vegetables.



12. How do you feel about eating whole grain foods, like whole wheat bread or tortillas, or whole grain crackers?

- 😊 I really like to eat whole grains.
- 😐 I kind of like to eat whole grains.
- 😞 I don't like to eat whole grains.
- 😱 I really don't like to eat whole grains.
- 🤔 I'm not sure if I like to eat whole grains.



13. How do you feel about choosing drinks that are low in sugar (such as plain, low-fat milk and water)?

- 😄 I really like to choose drinks that are low in sugar.
- 😊 I kind of like to choose drinks that are low in sugar.
- 😐 I don't like to choose drinks that are low in sugar.
- 😞 I really don't like to choose drinks that are low in sugar.
- 🤔 I'm not sure if I like to choose drinks that are low in sugar.



14. Did you like coming to class?

- 😄👍 Yes
- 😞👎 No

15. What has been your favorite part of this cooking class?

THANKS!

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