

1. Podré alimentar a mi familia con alimentos más saludables gracias a la clase.

<input type="checkbox"/> Estoy completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo	<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo

2. ¿Qué tan seguido usted y/o su familia consumen estos alimentos comparado con antes de tomar las clases?

Frutas y verduras	<input type="checkbox"/> Ya no	<input type="checkbox"/> Un poco más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Mucho más
Granos Integrales	<input type="checkbox"/> Ya no	<input type="checkbox"/> Un poco más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Mucho más
Frijoles y lentejas	<input type="checkbox"/> Ya no	<input type="checkbox"/> Un poco más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Mucho más

3. ¿Están usted y / o su familia haciendo más ejercicio debido a las clases?

<input type="checkbox"/> Ya no	<input type="checkbox"/> Un poco más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Mucho más	Comentario:
--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------

4. ¿Ha visto algún cambio en su salud o la de su familia, o en sus niveles de energía, debido a las clases?

<input type="checkbox"/> Ya no	<input type="checkbox"/> Un poco más	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Mucho más	Comentario:
--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------

5. ¿Qué impacto han tenido las clases de Nurture sobre usted y su familia?

6. ¿Usted cree que la cantidad de dinero que invierte en comida ha cambiado después de tomar esta clase?
Explique cómo:

7. ¿Ha cambiado lo que sirve para el desayuno, el almuerzo o la cena debido a las clases? Explique cómo:

8. ¿Cuál es su opinión sobre la comida preparada hoy?

Receta	No me gusta nada					Me encantó
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

Comentario:

¡Gracias!