

_____ Maestro
_____ Alumno

Por favor conteste todas las preguntas. Este no es un examen. Por favor pregunte si tiene alguna duda.

1. ¿Qué idioma habla con más frecuencia? _____

2. Mike ha tomado 2 vasos grandes de agua, 2 tacos de pollo y una naranja, después de su entrenamiento de basquetbol. Ahora mismo está relajándose, mientras mira su programa de TV favorito. Realmente siente que quiere un vaso de Coca Cola. ¿Qué palabra describe mejor la sensación que está experimentando? (Encierra en un círculo)

Sed

Hambre

Apetito

Somnolencia

3. Encierre en un círculo, la bebida que contenga mejor calidad de energía (Encierra en un círculo)

Amount per serving			Amount per serving			Amount per serving		
Calories	140		Calories	80		Calories	80	
% Daily Value			% Daily Value			% Daily Value		
Total Fat	0 g	0%	Total Fat	0 g	0%	Total Fat	0 g	0%
Sodium	45mg	2%	Sodium	160mg	7%	Sodium	120mg	5%
Total Carb	39g	13%	Total Carb	21g	7%	Total Carb	11g	4%
Sugars	39g		Sugars	21g		Sugars	11g	
Protein	0g		Protein	0g		Protein	8g	

Ingredients:

Carbonated water, high fructose corn syrup, caramel color, phosphoric acid, natural flavors, caffeine

Ingredients:

Water, sucrose, dextrose, citric acid, natural flavors, salt, sodium citrate, monopotassium phosphate, gum Arabic, yellow 6, glycerol ester of rosin, brominated vegetable oil

Ingredients:

Fat free (skim) milk, Vitamin A, palmitate, Vitamin D3

4. Dé un ejemplo de una comida balanceada hecha de alimentos GO.

A

Nutrition Facts		
Serving Size 6 fishsticks (95g)		
Servings Per Container 4		
Amount Per Serving		
Calories 250	Calories from Fat 130	
%Daily Value*		
Total Fat 14g		22 %
Saturated Fat 2.5g		13 %
Trans Fat 3g		
Cholesterol 20mg		7 %
Sodium 430mg		18 %
Total Carbohydrate 21g		7 %
Dietary Fiber 1g		4 %
Sugars 2g		
Protein 10g		
Vitamin A 0%	•	Vitamin C 0%
Calcium 2%	•	Iron 2%
* Percent Daily Values are based on a 2,000 calorie diet.		

B

Nutrition Facts		
Serving Size 3 ounces (85g)		
Servings Per Container 4		
Amount Per Serving		
Calories 150	Calories from Fat 60	
%Daily Value*		
Total Fat 6g		10 %
Saturated Fat 1g		5 %
Trans Fat 0g		
Cholesterol 65mg		22 %
Sodium 55mg		2 %
Total Carbohydrate 0g		0 %
Dietary Fiber 0g		0 %
Sugars 0g		
Protein 21g		
Vitamin A 2%	•	Vitamin C 0%
Calcium 2%	•	Iron 2%
* Percent Daily Values are based on a 2,000 calorie diet.		

5. Mira las dos etiquetas de nutrición de abajo. ¿Cuál es la comida que contiene grasas SLOW? (Encierra en un círculo)

A

B

¿Por qué? _____

6. Al comparar la cantidad de sodio: ¿cuál es la mejor opción si todos los otros nutrientes son iguales? (Encierra en un círculo)

A

B

7. Al mirar la lista de ingredientes a continuación: ¿qué ingrediente indica que los granos en este alimento no es 100% granos integrales?

INGREDIENTS: Whole Grain Wheat Flour, Unbleached Enriched Wheat (Flour, Niacin, Reduced Iron, Thiamin Mononitrate (Vitamin B1), Riboflavin (Vitamin B2), Folic Acid), Water, Salt, Vegetable Oils, Onion Powder, Butter.

8. Enumere tres formas en que actividad física ayuda a nuestros cuerpos.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

9. ¿Qué actividad realizas más frecuentemente durante tu tiempo libre? (Encierra en un círculo)

- a. Video juegos
- b. Miras televisión
- c. Juegas afuera
- d. Lectura
- d. Practicas algún deporte

10. ¿Qué bebida consumes, por lo general, cuando tienes sed? (Encierra en un círculo)

- a. Jugo
- b. Refresco
- c. Agua
- d. Bebida deportiva
- e. Leche

11. ¿Cree que Alimentos GO tiene buen sabor? (Alimentos GO son los alimentos que le dan a su cuerpo energía de larga duración.)(Encierra en un círculo)

Si No

12. ¿Cuántas veces comió fruta ayer?_____

13. ¿Cuántas veces comió verduras ayer?_____

14. Desde el inicio del año escolar, ¿sabe más sobre cómo LO QUE USTED COME afecta a su salud?

Si No

15. Desde el inicio del año escolar, ¿sabe más acerca de cómo SU NIVEL DE ACTIVIDAD afecta a su salud?

Si No

16. Desde el inicio del año escolar, ¿sabe más sobre cómo EL SUEÑO afecta a su salud?

Si No

17. Desde el inicio del año escolar, ¿sabe más acerca de cómo la cantidad de AGUA QUE BEBE afecta a su salud?

Si No

18. ¿Qué ha aprendido de las lecciones de Nurture que usted no sabía antes?

19. ¿Ha hecho algún cambio en CUANTO A LOS ALIMENTOS QUE CONSUME debido las lecciones Nurture?

20. ¿Ha hecho algún cambio en su ACTIVIDAD FÍSICA debido las lecciones Nurture?

Fin