

¿Su hijo/a tiene sobrepeso?

Sí

No

<i>Durante la última semana ...</i>	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. ... mi hijo/a se sintió gordo/a y pesado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a tuvo respiración rápida y jadeante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a debido a su peso se sintió triste y acobardado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a acabó harto/a de intentar adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... por culpa del peso mi hijo/a se avergonzó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... por culpa del peso mi hijo/a estuvo descontento/a consigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... por culpa del peso le estuve sermoneando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... mi hijo/a tuvo que comer en casa para cuidar el peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... por culpa del peso sus compañeros se metieron con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... por culpa del peso sus compañeros pasaron de él cuando hacían algo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... mi hijo/a se distrajo en clase pensando en la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... mi hijo/a a pesar de su peso pudo hacer bien sus clases de gimnasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia tuvo su hijo/a molestias debidas al sobrepeso la última semana?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

14. ¿Cómo fueron de fuertes las molestias de su hijo/a debidas al sobrepeso la última semana?

Nada Algo Moderadamente Mucho Muchísimo

15. ¿Cuánto le molestó a su hijo/a el sobrepeso la última semana?

Nada Algo Moderadamente Mucho Muchísimo