

Material de Mercadeo Evaluación del Consumidor

Propósito: El Proyecto de Siéntase Bien del Departamento de Salud Pública de San Francisco, financiado a través de la Red para una California Saludable les gustaría entender los hábitos de compra de los alimentos y bebidas en las comunidades locales. Los resultados de esta encuesta ayudaran a mejorar nuestro trabajo con las tiendas y mercados locales para que le sirvan mejor con sus compras de alimentos.

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes preguntas y marque la respuesta que se debe principalmente a su experiencia personal.

Demografía

1. ¿Qué tipo de tiendas/ mercados visita más para comprar sus alimentos? (Marque sólo una respuesta)

<input type="checkbox"/> Supermercados	<input type="checkbox"/> Mercado local
<input type="checkbox"/> Tiendas de conveniencia	<input type="checkbox"/> Mercado agrícola
2. ¿Cómo llega usualmente a esa tienda?

<input type="checkbox"/> Caminando	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Transporte Público	<input type="checkbox"/> Manejando
<input type="checkbox"/> Otro: _____			
3. ¿Cuántos días a la semana come una comida casera? *Cuenta cada día en que usted comió por lo menos una comida casera.*

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
4. ¿Cuántos días de la semana compra comida preparada (sin incluir el comer en restaurantes)? *Cuenta cada día en el que compro a lo menos una comida preparada.*

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
5. ¿Cuántos días a la semana come en restaurantes? *Cuenta cada día en que usted comió por lo menos una comida en un restaurante.*

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

¿Cuál es su idioma preferido?	Edad	Genero	Código Postal

Hábitos de Compra

1. ¿Cuál es la razón principal de su visita a esta tienda hoy? (Marque sólo una respuesta.)

<input type="checkbox"/> compras de comida	<input type="checkbox"/> de pasada	<input type="checkbox"/> conveniente para cosas pequeñas
<input type="checkbox"/> cerca de donde vivo	<input type="checkbox"/> cerca de donde trabajo	<input type="checkbox"/> esta es mi tienda principal
<input type="checkbox"/> otro: _____		
2. ¿Cuántos días a la semana visita esta tienda, típicamente?

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
3. ¿Qué le gustaría ver en esta tienda para que usted pudiera venir de compras aquí más?

<input type="checkbox"/> Aceptar EBT	<input type="checkbox"/> Aceptar WIC	<input type="checkbox"/> Precios más bajos	<input type="checkbox"/> Una variedad mayor
<input type="checkbox"/> Cupones/recompensas <input type="checkbox"/> Otro: _____			
4. ¿Qué le gustaría ver en esta tienda para que usted comprara una variedad más de artículos?

<input type="checkbox"/> Variedad de frutas y vegetales	<input type="checkbox"/> Variedad de aves de corral	<input type="checkbox"/> Más opciones saludables
<input type="checkbox"/> Otro: _____		
5. ¿Cuáles son los tres (3) alimentos/bebidas que le gustaría comprar pero no lo ve en esta tienda?
 1.) _____ 2.) _____ 3.) _____
6. ¿Cómo califica esta tienda, en general en comparación con otras tiendas en que compra? (1= Esta tienda es la peor ; 10= Esta tienda es la mejor)

<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	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------
7. ¿Cómo califica la frecuencia que visita esta tienda para **Alimentos/bebidas** en comparación con otras tiendas?

<input type="checkbox"/> Yo solo compro comida/bebida en esta tienda.
<input type="checkbox"/> Generalmente hago mis compras de comida/bebidas en esta tienda
<input type="checkbox"/> Hago compras de comida/bebida en otras tiendas con la misma frecuencia
<input type="checkbox"/> Hago compras de comida/bebida con menos frecuencia
<input type="checkbox"/> Nunca hago compras de comida/bebidas en esta tienda.

Hábitos de Compra

¿En los último 7 días, que artículos compró más en esta tienda? (Marque todos los que apliquen)

Bebidas	Alimentos básicos	Frutas Y vegetales	Ave/Marisco/Huevos
<input type="checkbox"/> alcohol (cerveza, vino, licor) <input type="checkbox"/> agua de coco <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> bebida de energía <input type="checkbox"/> 100% jugo <input type="checkbox"/> menos de 100% jugo <input type="checkbox"/> leche <input type="checkbox"/> leche con sabor <input type="checkbox"/> leche sin láctosa <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> bebida deportiva <input type="checkbox"/> té <input type="checkbox"/> agua de vitamina <input type="checkbox"/> agua embotellada <input type="checkbox"/> bebida de yogur <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> frijoles secos <input type="checkbox"/> pan blanco <input type="checkbox"/> pan de grano íntegro <input type="checkbox"/> frijoles enlatados <input type="checkbox"/> pescado enlatado <input type="checkbox"/> fruta enlatada <input type="checkbox"/> vegetales enlatados <input type="checkbox"/> cereal <input type="checkbox"/> cereal de grano entero <input type="checkbox"/> galletas <input type="checkbox"/> fruta seca <input type="checkbox"/> nueces <input type="checkbox"/> avena <input type="checkbox"/> pasta de grano entero <input type="checkbox"/> fideos <input type="checkbox"/> arroz íntegro <input type="checkbox"/> arroz blanco <input type="checkbox"/> tortillas de maíz <input type="checkbox"/> tortillas de harina <input type="checkbox"/> tortillas de trigo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> frutas enlatadas <input type="checkbox"/> frutas frescas <input type="checkbox"/> frutas congeladas <input type="checkbox"/> hierbas secas <input type="checkbox"/> hierbas frescas <input type="checkbox"/> vegetales enlatados <input type="checkbox"/> vegetales fresco <input type="checkbox"/> vegetales congelado <input type="checkbox"/> Otro: _____ Lácteo <input type="checkbox"/> mantequilla <input type="checkbox"/> queso <input type="checkbox"/> leche <input type="checkbox"/> yogur <input type="checkbox"/> bebida de yogur <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> pescado enlatado <input type="checkbox"/> pescado fresco <input type="checkbox"/> pescado congelado <input type="checkbox"/> carne fresca <input type="checkbox"/> carne congelada <input type="checkbox"/> mariscos frescos <input type="checkbox"/> mariscos congelados <input type="checkbox"/> Otro: _____ Misceláneo <input type="checkbox"/> dulces <input type="checkbox"/> papitas <input type="checkbox"/> comidas congeladas <input type="checkbox"/> hierbas secas <input type="checkbox"/> aceites <input type="checkbox"/> sal <input type="checkbox"/> aperitivos <input type="checkbox"/> especias secas <input type="checkbox"/> azúcar <input type="checkbox"/> tabaco <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Comentarios Adicionales?

Uso de la oficina de DPH:

Entrevistador: _____ Fecha: _____
 Nombre de la tienda: _____ Hora: _____