

## 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.

<b>Demografía</b>			
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? <i>Cuenta cada día en que usted comió por lo menos una comida casera.</i>			
<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)? <i>Cuenta cada día en el que compro a lo menos una comida preparada.</i>			
<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? <i>Cuenta cada día en que usted comió por lo menos una comida en un restaurante.</i>			
<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
<b>¿Cuál es su idioma preferido?</b>	<b>Edad</b>	<b>Genero</b>	<b>Código Postal</b>

<b>Hábitos de Compra</b>
1. ¿Cuál es la razón principal de su visita a esta tienda hoy? (Marque sólo <u>una</u> 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 <b>Alimentos/bebidas</b> 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: _____ <b>Lácteo</b> <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: _____ <b>Misceláneo</b> <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: _____

## Retail Marketing Materials

- ¿Ha notado la nueva información sobre alimentación saludable en la tienda?  
 Si       No
- ¿Es fácil leer la información sobre alimentación saludable?  
 Si       No
- ¿Ha probado algunos de los consejos sugeridos sobre alimentación saludable?  
 Si, cuales? \_\_\_\_\_  No
- ¿Le han ayudado los nuevos consejos de alimentación saludable a comprar alimentos más saludables?  
 Si       No
- ¿Como se siente acerca de los rótulos de alimentos saludables? (1 = Por favor retírenlos, 10 = Me gustaría que hubieran rótulos de todos los alimentos y en cada tienda.)  
 1 ---  2 ---  3 ---  4 ---  5 ---  6 ---  7 ---  8 ---  9 ---  10

## ¿Comentarios Adicionales?

## Uso de la oficina de DPH:

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la tienda: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_