



**Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria  
Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable  
Programa Atención Alimentaria en los Primeros 1000 Días  
Mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia  
Cuestionario Aceptación de la "Dotación"**



Nombre de la Beneficiaria \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marca con una X la Respuesta que Corresponde a la Opinión que Tienes Respecto a Cada Producto. En Donde Corresponda Contesta Sí o No y en el Recuadro de Abajo Escribe Tus sugerencias.

	1	2	3	4	5	6	7
	No Contestó	No le Gusta	Le Gusta un Poco	Le Gusta	Le Gusta Mucho	¿Cuántas Veces por Semana consume los Alimentos ?	Recibe sus Alimentos de Buena Calidad ( Sí/ No)
Producto	☹	☹☹	☹	☺	☺☺		
Aceite de canola							
Arroz blanco							
Harina de Maíz nixtamalizado							
Lenteja chica							
Frijol							
Avena en hojuelas							
Pasta con fibra para sopa							
Pechuga de pollo deshebrada							
Nopales en trozo							
Harina integral para hotcakes							
Atún aleta amarilla en agua							
Fruta y verdura fresca de temporada							
Leche entera ultrapasteurizada							
Observaciones							

Nombre y Firma de la Beneficiaria (o)

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Sello del SMDIF



**Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria**  
 Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable  
**Programa Atención Alimentaria en los Primeros 1,000 Días**  
**Cuestionario Aceptación de la "Dotación"**  
 Niñas y Niños de 06 a 24 meses de edad



Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marca con una X la Respuesta que Corresponde a la Opinión que Tienes Respecto a Cada Producto. En Donde Corresponda Contesta Sí o No y en el Recuadro de Abajo Escribe Tus sugerencias.

	1	2	3	4	5	6	7
	No Contestó	No le Gusta	Le Gusta un Poco	Le Gusta	Le Gusta Mucho	¿Cuántas Veces por Semana le da los Alimentos de la Dotación al niño (a)?	Recibe sus Alimentos de Buena Calidad ( Sí/ No)
Producto	☹	☹☹	☹	☺	☺☺		
Arroz blanco							
Ensalada de verduras							
Lenteja chica							
Frijol							
Harina de Maíz nixtamalizado							
Garbanzo seco							
Avena en hojuelas							
Pechuga de pollo deshebrada							
Fruta y verduras de temporada							
Observaciones							

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma de Madre, Padre  
 Tutor ó Cuidador**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF**

Sello del SMDIF