

## Evaluación de Nutrición

Nombre de Nino: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Persona Entrevistada: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

¿Cuales son las comidas que mas le gustan a su nino? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna comida que no le guste a su nino? \_\_\_\_\_

Describir a su niño comer ☐ Bueno ☐ Picky ☐ Demasiado ☐ Muy poco

¿Acaso su nino come o mastica cosas que no son comida? ☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Acaso su nino toma vitaminas y suplementos minerales? ☐ Si ☐ No Que clase toma: \_\_\_\_\_

Contienen: ☐ Hierro ☐ Fluoruro

¿Acaso su nino tiene dificultades al masticar o tragar? ☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Cree hábitos de nutrición de su familia para estar sano? ☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Qué come tu hijo en casi todos los días? (marque todas las que aplican): ☐ Granos ☐ Verduras

☐ Frutas ☐ Carne/Frijoles ☐ Leche ☐ Dulces ☐ Aceite, mantequilla, margarina

¿Qué su hijo beben en casi todos los días? (marque todas las que aplican): ☐ Jugo ☐ Soda

☐ Kool-aid ☐ Leche entera ☐ leche baja en grasa ☐ Sport drinks ☐ Agua ☐ Otros

¿Considera que su niño sea físicamente activo? ☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Usted o su doctor nunca ha tenido preocupaciones sobre el peso de su hijo? ☐ Si ☐ No

*Explicar:* \_\_\_\_\_

***Si usted responde SI a las siguientes preguntas, debe completarse la documentación adicional***

¿Acaso hay alguna comida que su nino no debe comer por razones medicas, religiosas, o personales?

☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Usted o su doctor nunca ha tenido preocupaciones sobre el peso de su hijo?

☐ Si ☐ No *Explicar:* \_\_\_\_\_

Head Start Personnel: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_