



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

**Early Head Start  
CHILD NUTRITION  
INFORMATION FORM**

Infant Specific  
 Toddler Specific  
 All

Child's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_  
 Center \_\_\_\_\_ Advocate \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**INFANTS ONLY:**

- Does your child drink milk?  Breast milk  Formula \_\_\_\_\_ What kind of formula? \_\_\_\_\_  
 Other milk? Rice  Soy  Almond  Cow's milk \_\_\_\_\_  
 How much? \_\_\_\_\_ How often \_\_\_\_\_
- Does your infant use a baby bottle? \_\_\_\_\_ Sippy cup? \_\_\_\_\_ What kind? \_\_\_\_\_
- Does your infant eat solid food? \_\_\_\_\_ If not, what does your infant eat? \_\_\_\_\_

**TODDLERS ONLY:**

- Does your toddler feed himself? \_\_\_\_\_ Does your toddler use utensils? \_\_\_\_\_
- What does your child drink out of? \_\_\_\_\_ Do you breast feed? \_\_\_\_\_

**ALL:**

- Is your child on a special diet? \_\_\_\_\_ If yes, explain \_\_\_\_\_
- Is your child allergic to any foods? \_\_\_\_\_ If yes, explain \_\_\_\_\_  
 Do you have (medical documentation) from your child's physician? Yes  No   
 Physician's name \_\_\_\_\_
- Describe your child's weight. Very thin \_\_\_\_\_ Thin \_\_\_\_\_ Average \_\_\_\_\_ Heavy \_\_\_\_\_ Very heavy \_\_\_\_\_
- Does your family restrict certain food for religious, cultural or health reasons? \_\_\_\_\_  
 If yes, explain \_\_\_\_\_
- Has there been any major changes in your child's appetite in the last month? \_\_\_\_\_
- Does your child have any of the following problems? Vomiting \_\_\_\_\_ Diarrhea \_\_\_\_\_ Constipation \_\_\_\_\_  
 Chewing \_\_\_\_\_ Swallowing \_\_\_\_\_ Dental pain \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_
- Does your child take vitamins? \_\_\_\_\_ How often \_\_\_\_\_
- Is your child physically active for 30 minutes or more daily? \_\_\_\_\_
- How many hours of video games or television does your child view per day? 0-1 \_\_\_\_\_ 1-2 \_\_\_\_\_ 2-3 \_\_\_\_\_ 3-4 \_\_\_\_\_ 4+ \_\_\_\_\_
- Is your family on: WIC \_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_

**How often does your child eat from each of the following food groups? Please take time to think about what your child eats in a typical day!**

Write in the number of servings eaten in a day

Milk, cheese, yogurt	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Meat, poultry, fish, eggs, dried beans/peas, peanut butter	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Bread, cereal, crackers, rice, pasta, tortillas, muffins, rolls	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Fruits (not juice) fresh, canned, or frozen	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Vegetables - fresh, canned, or frozen	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Fruit juice	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Salty, crunchy snacks, chips, etc.	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Cookies, candy, cake, donuts, ice cream, other sweet snacks	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Kool-Aid, carbonated drinks, sport drinks, lemonade, tea	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____
Water (cups)	0 1 2 3 4 5 6 7 or more _____



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

Head Start Temprano
FORMA DE INFORMACIÓN
NUTRICIÓN DEL NIÑO

- \_\_\_ Especifico del bebé
\_\_\_ Especifico del Niño Pequeño
\_\_\_ Todos

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Promotora \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

BEBÉS SOLAMENTE:

- 1. ¿Su niño toma leche? \_\_\_ Leche de pecho \_\_\_ Formula \_\_\_ ¿Qué clase de formula? \_\_\_
¿Otra leche? Arroz \_\_\_ Soya \_\_\_ Almendra \_\_\_ Leche de vaca \_\_\_
¿Cuánta? \_\_\_ ¿Qué tan seguido? \_\_\_
2. ¿Su bebé usa biberón? \_\_\_ ¿Vaso entrenador? \_\_\_ ¿Qué clase? \_\_\_
3. ¿Su bebé come alimentos sólidos? \_\_\_ ¿Si no, qué come su bebé? \_\_\_

NIÑOS PEQUEÑOS SOLAMENTE:

- 1. ¿Su niño come por sí mismo? \_\_\_ ¿Su niño usa cubiertos? \_\_\_
2. ¿En qué toma su niño? \_\_\_ ¿Le da pecho al niño? \_\_\_

TODOS:

- 1. ¿Esta su niño en una dieta especial? \_\_\_ Si sí, explique \_\_\_
2. ¿Es su niño alérgico a algún alimento? \_\_\_ Si sí, explique \_\_\_
¿Tiene (documentación médica) del doctor de su niño? Si \_\_\_ No \_\_\_
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_
3. Describa el peso de su niño. Muy Delgado \_\_\_ Delgado \_\_\_ Promedio \_\_\_ Pesado \_\_\_ Muy Pesado \_\_\_
4. ¿Su familia limita ciertos alimentos por razones de religiosas, culturales o de salud? \_\_\_
Si sí, explique \_\_\_
5. ¿Ha habido grandes cambios en el apetito de su niño en el último mes? \_\_\_
6. ¿Su niño tiene alguno de los siguientes problemas? Vomito \_\_\_ Diarrea \_\_\_ Constipación \_\_\_
Masticando \_\_\_ Pasando la comida \_\_\_ Dolor de Dientes \_\_\_ Ninguno \_\_\_
7. ¿Su niño toma vitaminas? \_\_\_ ¿Qué tan seguido? \_\_\_
8. ¿Está su niño físicamente activo durante 30 minutos o más diariamente? \_\_\_
9. ¿Cuántas horas de videojuegos o televisión ve su niño por día? 0-1 \_\_\_ 1-2 \_\_\_ 2-3 \_\_\_ 3-4 \_\_\_ 4+ \_\_\_
10. ¿Esta su familia en: WIC \_\_\_ SNAP \_\_\_

¿Con qué frecuencia come su niño de cada uno de los siguientes grupos de alimentos? Por favor tome tiempo para pensar en lo que su niño come en un día típico.

Escriba el número de porciones que se come en un día

Table with 2 columns: Food Group and Portion Count (0-7+). Rows include: Leche, queso, yogurt; Carne, pollo, pescado, huevos, frijoles/chicharos secos, crema de cacahuete; Pan, cereal, galletas saladas, arroz, pasta, tortillas, panecillos, bollos; Frutas (no jugo) frescas, enlatadas, o congeladas; Vegetales - frescos, enlatados, o congelados; Jugo de fruta; Meriendas crujientes y saladas, frituras, etc.; Galletas, dulces, pastel, donas, nieve, otras meriendas dulces; Kool-Aid, bebidas carbonatadas, bebidas deportivas, limonada, té; Agua (tazas).

“El Centro de Servicio para la Educación de la Región 7 está comprometido al éxito del estudiante proporcionando servicios de calidad que cumplen o superan las expectativas de nuestros clientes”