



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

Region 7 Head Start

CHILD NUTRITION INFORMATION FORM

Child's Name _____ Parent/Guardian's Signature _____
 Center _____ Family Service Worker _____ Date _____

- How does your child feel about meal time? Enjoys meals _____ Not interested _____ Needs encouragement _____
Does not feed self _____
- Approximately how many times a day does your child eat (include snacks)? 1-2 _____ 2-4 _____ 4-6 _____ 6+ _____
Number of bottles(if applicable) _____
- Does your child take: Vitamins _____ Iron _____ Fluoride _____ Nutrition Supplement _____
Which one? _____ How often? _____
- Does your child have any of these problems? Weekly _____ More often _____ No _____
Vomiting _____ Diarrhea _____ Constipation _____ Chewing _____ Swallowing _____ Dental Pain _____
- Is your child on a special diet? Yes _____ No _____ If yes, Explain: _____
- Any food intolerances? Yes _____ No _____ If yes, which foods? _____
- Is your child allergic to any foods? Yes _____ No _____ If yes, which foods? _____
Documented by an MD? Yes _____ No _____ Physician's name _____
Type of reaction _____ Epi Pen Prescribed? Yes _____ No _____
- Have there been any major changes in your child's appetite in the last month? Yes _____ No _____
If yes, please explain _____
- Is your family on: WIC _____ SNAP _____ (Supplemental Nutrition Assistance Program)
- My child is physically active for 60 minutes or more. Daily _____ 2-3 times a week _____ Rarely _____
- How many hours of video games or television does your child view per day? 0-1 _____ 1-2 _____ 2-3 _____ 3-4 _____ 4+ _____
- Describe your child's weight. Very thin _____ Thin _____ Average _____ Heavy _____ Very heavy _____
- Do you have any concerns about your child's weight? Yes _____ No _____
If yes, please explain _____
- Does your family restrict certain foods for religious, cultural or health reasons? Yes _____ No _____
If yes, please describe: _____

<u>About how often does your child eat from each of these food groups?</u>	<u>Enter the number of servings per day</u>
Milk, cheese, yogurt -----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Meat, poultry, fish, eggs, dried beans/peas, peanut butter-----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Bread, cereal, crackers, rice, pasta, tortillas, muffins, rolls & starches ---	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Fruits (not juice) -----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Vegetables-----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Fruit juice -----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Salty, crunchy snacks, chips, etc. -----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Kool-Aid, sodas, sports drinks, lemonade, fruit flavored drinks, tea-----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)
Water (Cups) -----	_____ (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations.



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

Región 7 Head Start

FORMA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO

Nombre del Niño _____ Firma del Padre/Tutor _____

Centro _____ Trabajadora para el Servicio de las Familias _____ Fecha _____

1. ¿Cómo se siente su niño acerca de la hora de la comida? Disfruta las comidas _____ No se interesa _____ Necesita ánimo _____
No se alimenta solo _____

2. Aproximadamente ¿cuántas veces al día come su niño (incluya meriendas)? 1-2 _____ 2-4 _____ 4-6 _____ 6+ _____
Número de biberones (si aplica) _____

3. Su niño toma: Vitaminas _____ Hierro _____ Fluoruro _____ Suplementos Nutricionales _____
¿Cuál? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

4. ¿Su niño tiene alguno de estos problemas? Semanalmente _____ Más seguido _____ No _____
Vomito _____ Diarrea _____ Constipación _____ Masticando _____ Pasando alimentos _____ Dolor de dientes _____

5. ¿Esta su niño en una dieta especial? Si _____ No _____ Si sí, Explique: _____

6. ¿Alguna intolerancia a alimentos? Si _____ No _____ Si sí, ¿a qué alimentos? _____

7. ¿Es su niño alérgico a algún alimento? Si _____ No _____ Si sí, ¿a qué alimentos? _____

¿Documentado por un Dr.? Sí _____ No _____ Nombre del Doctor _____

Tipo de reacción _____ ¿Se recetó un Auto Inyector de Epinefrina (EPI PEN)? Sí _____ No _____

8. ¿Ha habido cambios grandes en el apetito de su niño en el último mes? Sí _____ No _____

Si sí, por favor explique: _____

9. Esta su familia en: WIC _____ SNAP _____ (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)

10. Mi niño está físicamente activo durante 60 minutos o más. Diariamente _____ 2-3 veces a la semana _____ Raramente _____

11. ¿Cuántas horas de videojuegos o televisión ve su niño por día? 0-1 _____ 1-2 _____ 2-3 _____ 3-4 _____ 4+ _____

12. Describa el peso de su niño. Muy Delgado _____ Delgado _____ Promedio _____ Pesado _____ Muy Pesado _____

13. ¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su niño? Sí _____ No _____

Si sí, por favor describa: _____

14. ¿Su familia limita ciertos alimentos por razones religiosas, culturales o de salud? Sí _____ No _____

Si sí, por favor describa: _____

¿Con qué frecuencia come su niño de cada uno de estos grupos de alimentos? Escriba el número de porciones por día

Leche, queso, yogurt ----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Carne, pollo, pescado, huevos, frijoles/chicharos secos, crema de cacahuete----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Pan, cereal, galletas saladas, arroz, pasta, tortillas, panecillos, bollos & almidones--- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Frutas (no jugo) ----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Vegetales----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Jugo de Fruta ----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Meriendas crujientes y saladas, frituras, etc.----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Kool-Aid, sodas, bebidas deportivas, limonada, bebidas con sabor a fruta, té----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

Agua (tazas) ----- (0 1 2 3 4 5 6 7+)

"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"