



P
Mountainland Head Start, Inc.

NUTRITION ASSESSMENT

Child _____

Birth Date _____

Yes No CURRENT NUTRITION INFORMATION

1. Does your child need food accommodations due to: Allergy Intolerance Religious Reasons
2. Is child on special diet? If yes, is diet prescribed by physician or registered dietitian? Yes No
Diet _____ Prescribed by _____
3. Does your child have trouble chewing or swallowing where it affects health or nutrition status, or is not part of typical growth and development? If yes, is child seeing a specialist for these issues? Yes No
4. Are you concerned about eating habits and feel it is affecting health or nutritional status of child?

Any questions marked yes above, please explain in detail:

Yes No CHILD EATING PATTERNS

Does the child take vitamins? If yes, what kind are they?

FAMILY MEAL PATTERNS

How often do you eat meals together as a family?

- Never
 A few times per month
 A few times per week
 Once per day
 Twice per day
 Three times per day or more

FOOD FREQUENCY

How many **servings** each day does the child eat from the following categories?

Grains/ Bread	Veggies	Fruits	Milk & Dairy	Meats / Eggs	Sweets

How many **times** per week do you eat fast food?

- 0 1-2 3-4 5-6 7+

OFFICE USE ONLY:

FA: _____ Are there any nutritional concerns or conditions that may require a special meal plan? Yes No

If yes: Have you given instruction on how to complete the SMP? Yes No

Did you create an event in Child Plus? Yes No

NSC: _____ Will a special meal plan be required prior to the child attending class? Yes No

Did you make a note in Child Plus? Yes No



EVALUACION DE NUTRICION

Nombre _____

Cumpleaños _____

Si	No	INFORMACION NUTRITIVA ACTUAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Su niño(a) necesita servicios especiales porque: <input type="checkbox"/> Tiene alergia <input type="checkbox"/> Razones personales de intolerancia <input type="checkbox"/> Razón religiosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Tiene su niño una dieta especial? Si dijo que si, es dieta prescrita por el médico o dietista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dieta _____ Recetado por _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Su hijo(a) tiene problemas para masticar o deglutir donde afecta al estado de salud y nutrición, o no es parte del crecimiento típico y desarrollo normal? Si dijo que si, está el niño(a) bajo el cuidado de un especialista para cubrir este problema? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Está preocupado(a) por los hábitos alimenticios y siente que está afectando la salud o nutrición del niño(a)?

Dudas marcadas sí, explique en detalle:

Si	No	PATRONES DE COMER DE LOS NIÑOS	QUE TAN FRECUENTE COMEN												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño(a) toma vitaminas? Que tipo? _____ LAS PAUTAS DE SUS COMIDAS ¿Con qué frecuencia comen juntos como familia? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces por mes <input type="checkbox"/> Algunas veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día <input type="checkbox"/> Tres veces al día o más	¿Cuántas porciones come el niño cada día de las siguientes categorías? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Granos/ Panes</th> <th>Verduras</th> <th>Frutas</th> <th>Leche y Productos lácteos</th> <th>Carnes/ Huevos</th> <th>Dulces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> ¿Cuántas veces por semana comen en restaurants de comida rápida? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7+	Granos/ Panes	Verduras	Frutas	Leche y Productos lácteos	Carnes/ Huevos	Dulces						
Granos/ Panes	Verduras	Frutas	Leche y Productos lácteos	Carnes/ Huevos	Dulces										

OFFICE USE ONLY:

FA: _____ Are there any nutritional concerns or conditions that may require a special meal plan? Yes No
 If yes: Have you given instruction on how to complete the SMP? Yes No
 Did you create an event in Child Plus? Yes No

NSC: _____ Will a special meal plan be required prior to the child attending class? Yes No
 Did you make a note in Child Plus? Yes No