

## Evaluación de Nutrición

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:
------------------	----------------------

**Favor de encerrar en círculo o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas. Fecha de Hoy:**

- Si / No      1. El peso de su niño aparenta normal?  
 Si / No      2. Su niño come frutas y verduras?  
 Si / No      3. Es su niño difícil para comer actualmente?  
 Si / No      4. En los últimos seis meses, se encontró que su niños tiene anemia (bajo de hierro en la sangre)?  
 Si / No      5. Participa su niño en el juego activo diario?  
 Si / No      6. Su niño tiene diarrea frecuentemente?  
 Si / No      7. Se constipa su niño frecuentemente?  
 Si / No      8. Se vomita su niño frecuentemente?  
 Si / No      9. Toma su niño de un biberón actualmente?  
 Si / No      10. Tiene su niño problemas dentales actualmente?  
 Si / No      11. Su niño tiene dificultad masticando y tragando actualmente?  
 Si / No      12. Tiene usted preocupación acerca del crecimiento, la nutrición o alimentación de su niño?

### Sustituciones de Alimentos

- Si / No      1. Tiene su niño restricciones de alimentos debido a su religión, vegetariano, razones medicas o creencias personales?  
 Si es si, Favor de marcar todo lo que aplica:  
 Puerco    Res    Aves de corral    Pezcado    Huevos    Leche  
 Otro: (favor de especificar) \_\_\_\_\_
- Si / No      2. Tiene su niño alergias a cualquier alimento o intolerancias?  
 Si es si, favor de marcar lo que aplica:  
 Leche    Productos Lácteos    Huevos    Todos los alimentos conteniendo huevo  
 Trigo Entero    Trigo Gluten  
 Crustáceos    Res    Legumbres (Frijol Seco/Chicharos)    Nueces/Semillas    Cacahuates  
 Soya    Verduras, especifique \_\_\_\_\_  
 Frutas/Jugos, especifique \_\_\_\_\_  
 Otro, especifique \_\_\_\_\_
- Si/ No      3. Qué clase de reacción tiene su niño cuando el niño come tal alimento especificado?  
 Amenaza de Vida    Sarpullido    Diarrea    Inflamación    Dificultad Respirando  
 Otro: \_\_\_\_\_
- Si / No      4. Está su niño en alguna dieta especial recetada por su doctor?  
 Si es si, favor de especificar: \_\_\_\_\_

**Avalúo del Miembro del Personal:** Información de la Ilustración Nutricional que se usa para hacer una evaluación.

Grupo de alimentos/ Porciones Necesarias	Alimentos	Diferencia	Prioridad Dietética
Dulces/Grasas			
Grupo Lácteo 2 porciones			
Grupo de Carnes 2 porc,			
Grupo de Verduras 3 porc.			
Grupo de Frutas 2 porc.			
Grupo de Granos 6 porc.			

Qué cuenta como una porción: **3-5 años (1-2 años)**

Grupo de Granos	Grupo de Frutas	Grupo de Carnes	Grupo de Verduras	Grupo Lácteo
1 rodaja de pan ( ½ rodaja de pan 1-2 años)	½ tza. Fruta ( ¼ tza 1-2 años)	2 oz carne sin grasa cocinada (½ oz 1-2 años)	½ tza. de verduras crudas (¼ c 1-2 años)	¾ tza. de Leche/yogurt (4 oz) (4 oz leche/yogurt 1-2 años)
¼ Tza. Arroz/pasta cocinado		¾ tza. de Frijol seco cocinado		1 ½ oz Queso (1 oz. 1-2 años)
¼ Tza. Cereal Cocinado		1 Huevo (½ Huevo 1-2 años)		
1/3 Tza. de cereal seco		3 cucharadas de mantequilla de cacahuate (2 cucharadas 1-2 años)		

**Información Nutritiva proporcionada/discutida**  \_\_\_\_\_

**Estatura, peso y Hgb del Niño(a) están dentro de los límites normales**  \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_