



DOÑA ANA COUNTY HEAD START
Nutrition Information

Child's Name _____ Birth Date _____

Please fill out the following survey to the best of your knowledge. It is important that we have the most accurate information possible so that we can ensure the safety of your child and help your child receive the best nutrition possible. Thank you!

1. **Are there any foods your child cannot eat due to religious, cultural, or medical reasons?** _____ Yes _____ No

If yes, what foods? _____

2. **Does your child have any allergies to foods?** _____ Yes _____ No

If yes, what foods? _____

What reaction does your child have? _____

Emergency Medications (e.g. EpiPen)? _____

3. Are there any foods your child dislikes? _____ Yes _____ No

If yes, what foods? _____

4. Does your child take vitamin or mineral supplements? _____ Yes _____ No

If yes, what kind are they? _____

Was it prescribed by a Doctor? _____ Yes _____ No

5. Is your child on a special diet? _____ Yes _____ No

If yes, what kind of diet? _____

Was it prescribed by a Doctor? _____ Yes _____ No

6. Does your child have any other special food needs? _____ Yes _____ No

If yes, what are they? _____

7. Has your child been weaned from the bottle? _____ Yes _____ No

If yes, when? _____

8. Does your child drink milk? _____ Yes _____ No

9. **Does your child have difficulty chewing or swallowing?** _____ Yes _____ No

10. Do you have concerns about what your child eats? _____ Yes _____ No

11. **Does your child ever eat non-food items, such as clay, dirt, or paint chips?** _____ Yes _____ No

12. Are you interested in learning more about healthy foods, cooking and nutrition? _____ Yes _____ No

DOÑA ANA COUNTY HEAD START

Información de Nutrición



Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene la siguiente encuesta a lo mejor de su conocimiento. Es importante que tengamos la información más precisa posible, de manera que podamos garantizar la seguridad de su hijo y, ayudar a su niño a recibir la mejor nutrición posible. ¡Gracias!

1. **¿Hay alguna comida que su niño no pueda comer por causa médica, religión o cultura?** _____ Sí _____ No
Si es así, que tipo de comida? _____
2. **¿Su niño tiene alergia a algún tipo de comida?** _____ Sí _____ No
Si es así, que tipo de comida? _____
¿Qué reacción tiene su niño? _____
¿Medicamentos de emergencia (e.g. EpiPen)? _____
3. **¿Hay algunas comidas que su niño no le gustan?** _____ Sí _____ No
Si es así, que tipo de comida? _____
4. **¿Toma su niño vitaminas o suplementos minerales?** _____ Sí _____ No
Si es así, que clase son? _____
¿Fueron recetadas por el Doctor? _____ Sí _____ No
5. **¿Esta su niño en dieta especial?** _____ Sí _____ No
Si es así, que clase de dieta? _____
¿Fueron recetadas por el Doctor? _____ Sí _____ No
6. **¿Su niño tiene alguna otra necesidad especial de alimentos?** _____ Sí _____ No
Si es así, cuáles son? _____
7. **¿A dejado de tomar biberón su niño?** _____ Sí _____ No
Si es así, cuando? _____
8. **¿Toma su niño leche?** _____ Sí _____ No
9. **¿Tiene dificultad su niño con masticar o tragar?** _____ Sí _____ No
10. **¿Tiene preocupaciones de lo que come su niño?** _____ Sí _____ No
11. **¿Tu niño alguna vez come cosas que no son comida como, barro, tierra, o pedacitos de pintura?** _____ Sí _____ No
12. **¿Está usted interesado en aprender más sobre comida saludable, cocinar o nutrición?** _____ Sí _____ No