



Early Learning Essentials

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



Early Learning Essentials

EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN

Nombre _____

Cumpleaños _____

| Si | No | INFORMACIÓN 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