

Complete el siguiente cuestionario:

1. Nombre del cuidador principal: _____ Relación del cuidador con el niño: _____

2. Peso al nacer: _____ Peso actual: _____ Altura actual: _____ (si se conoce)

3. ¿Este niño fue prematuro (nació antes de tiempo)? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí, cuántas semanas _____

4. ¿El niño ha tenido un cambio de peso durante el año pasado? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí, explique: _____

5. En qué situación le parece que está el niño: Sobrepeso _____ Menor peso del que debería tener _____
El peso justo _____ Bajo peso _____

6. ¿Está usted preocupado por el crecimiento o la nutrición de su hijo? No _____ Algo _____ Sí _____

7. Si el niño no está en el sistema del Tower Health, haga un círculo para indicar las afecciones que tiene su hijo:

Anemia	Trastorno alimenticio	Trastorno de aprendizaje
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Epilepsia/convulsiones	Trastornos neurológicos
Asma/Enfermedad pulmonar	Trastorno gastrointestinal	Problemas ortopédicos
Autismo	Enfermedad cardíaca	Poco aumento de peso
Cáncer	Colesterol elevado	Síndrome de Prader Willi
Parálisis cerebral	Niveles de plomo elevados	Enfermedad pulmonar
Fibrosis quística	VIH/SIDA	Incapacidad sensitiva Ceguera/Sordera
Retraso madurativo	Hidrocefalia	Espina bífida
Diabetes/Prediabetes	Enfermedad renal	Otras:
Síndrome de Down	Bajo peso al nacer	Cirugías:

8. Enumere todos los medicamentos, vitaminas o suplementos que toma el niño.

Medicamento	Dosis	Frecuencia

9. Si el niño no está en el sistema del Tower Health, registre todos los valores de los análisis de laboratorio que le entregó su médico.

Glucemia en ayunas	Glucosa	Hemoglobina A1c
Colesterol	Colesterol de LBD	Colesterol de LAD
Triglicéridos	Nivel de insulina en sangre	Plomo

Patient Name:

MRN:

Date of birth:

Nutrition Services
Outpatient Pediatric Nutrition
History Information

10. ¿Su hijo está haciendo una dieta especial? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
11. ¿La familia del niño evita algunos alimentos por cuestiones de salud o por motivos religiosos? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
12. ¿Al niño le desagrada profundamente algún alimento o tiene problemas con la textura de los alimentos? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
13. ¿El niño es alérgico a algún alimento? Sí _____ No _____ Explique: _____
14. Con qué frecuencia el niño sufre: Náuseas _____ Vómitos _____ Reflujo _____ Constipación _____
Diarrea _____ Otras _____
15. ¿Tiene el niño algún problema odontológico? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
16. ¿Cuántas personas integran su grupo familiar? _____
17. ¿Quién prepara los alimentos? _____ ¿Quién compra los comestibles? _____
18. ¿Cuántas veces por semana come en un restaurante? _____ ¿Cuántas veces consume comidas para llevar por semana? _____
19. ¿Consume con frecuencia comidas congeladas, previamente envasadas o preparadas? Sí _____ No _____
20. ¿El niño bebe alguna de las siguientes bebidas? Indique cantidad por día.

	Leche	Jugo	Gaseosa	Sunny DeLite	Kool-aid	Té helado	Agua	Otras
Tipo:								
Cantidad:								

21. Enumere los refrigerios que come con mayor frecuencia: _____

22. ¿El niño recibe o asiste a alguno de los siguientes servicios? Sí _____ No _____
Terapia del habla _____ Guardería _____ Preescolar _____ Escuela _____ (grado: _____)
Terapia ocupacional _____ Easter Seals _____ Intervención temprana (BCIU, Headstart) _____
23. ¿El niño recibe alguna asistencia alimentaria? Sí _____ No _____
Cupones de alimentos _____ Desayuno en la escuela _____ Banco de alimentos _____
Programa de nutrición complementaria especial para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés) _____
Almuerzo en la escuela _____ Programa escolar de alimentos Backpack _____

Patient Name:

MRN:

Date of birth:

Nutrition Services
Outpatient Pediatric Nutrition
History Information

24. ¿Cuál es el nivel de movilidad del niño?
Camina de manera independiente _____
No puede caminar _____

Necesita ayuda para caminar (soportes/caminador) _____
No tiene edad suficiente para caminar _____

25. ¿El niño es selectivo con la comida? Sí ___ No ___ Si la respuesta es afirmativa, marque todas las opciones que correspondan:
Rechaza muchos alimentos _____ Rechaza los alimentos sólidos _____ Tiene poco apetito _____ Poca variedad _____
Bebe más de 4 tazas de leche por día _____ Otras _____

26. ¿Su hijo hace algo que a usted le molesta a la hora de comer? Como:
Negarse a comer _____ Arrojar demasiada comida o los utensilios _____
Otro: explique _____

27. ¿Su hijo tiene problemas para alimentarse o para comer? Sí _____ No _____
Dificultad para succionar _____ Dificultad para tragar _____ Dificultad para masticar los alimentos _____
Se atraganta/ahoga con los líquidos _____ Se atraganta/ahoga con los sólidos _____
Dolor _____ Otros _____

28. Indique cualquier problema médico en **la familia del niño**.

Alergias a los alimentos		Colesterol elevado		Otros	
Diabetes		Triglicéridos elevados			

Responda esta sección si el niño es recién nacido o tiene hasta 4 años de edad.

29. ¿El niño se amamanta? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿hay algún problema? _____

30. ¿El niño recibe leche de fórmula? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? _____
¿Cómo se prepara la leche de fórmula del niño? _____

31. ¿El niño toma el biberón? Sí No ¿De una taza? Sí No
¿Cuántos biberones consume el niño por día? _____
¿Qué contiene el biberón? _____
¿Cuántas onzas contiene cada biberón? _____
¿Agrega alimentos sólidos en el biberón? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

32. ¿El niño toma el biberón en la cama? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿qué contiene por lo general el biberón?

33. ¿Se aplica alguna de las siguientes situaciones a su hijo? Sí _____ No _____
Tiene 7 meses o más y no ha empezado a usar una taza _____
Tiene 9 meses o más y no se alimenta con las manos _____
Tiene 12 meses o más y casi siempre bebe de un biberón _____
Tiene 19 meses o más y no usa una cuchara _____

Patient Name:

MRN:

Date of birth:

Nutrition Services
Outpatient Pediatric Nutrition
History Information

Responda esta sección si el niño tiene entre 5 y 15 años de edad.

34. ¿El niño participa en alguna actividad física o deporte regularmente? Sí _____ No _____
35. ¿El niño está con frecuencia haciendo una “dieta” para perder peso? Sí _____ No _____
36. ¿El niño evita determinados alimentos porque se consideran “alimentos malos”? Sí _____ No _____
37. ¿El niño se pesa solo con frecuencia? Sí _____ No _____
38. ¿Cuántas horas por día pasa el niño desarrollando las siguientes actividades?
Mirar televisión _____ Usar la computadora _____ Jugar videojuegos _____ Usar el teléfono celular _____
Leer _____ Hacer las tareas _____ Jugar _____ Actividades deportivas o en equipo _____
Salir al aire libre _____ Otras _____

39. Si el proveedor del niño no está en el sistema del Tower Health, envíe un informe de la/s sesión/sesiones de Terapia Médica de Nutrición a los siguientes proveedores:

Nombre del proveedor

Especialidad

Patient Name:

MRN:

Date of birth:

Nutrition Services
Outpatient Pediatric Nutrition
History Information

Registre todo lo que coma o beba durante al menos tres días antes de su cita. Indique qué cantidad de comida ingirió (onzas, tazas, cucharadas, cucharaditas), cómo se preparó la comida y toda salsa o condimento que haya utilizado. Indique toda actividad física o ejercicio que hizo. Registre la cantidad de tiempo que insumió la actividad.

	Día 1	Día 2	Día 3
Desayuno			
Bocadillo			
Almuerzo			
Bocadillo			
Cena			
Bocadillo			
Actividad física			
Comentarios			

Patient Name:

MRN:

Date of birth:

**Nutrition Services
Outpatient Pediatric Nutrition
History Information**