

HEALTH HISTORY & NUTRITION ASSESSMENT

Child Name_____

Medical Home_____

Center/Home Base_____

Dental Home_____

Interviewer_____ Date_____

Does your child:

YES

NO

1. Have any medicine or environmental allergies?

List all here:

2. Take any medications?

List medication and reason for it:

When are they taken?

3. Have any current medical problems/needs?

List all here:

4. Have a history of any surgery?

What surgery?

When was the surgery?

Where/what Dr., did it take place?

5. Do you have any concerns with hearing or vision?

(If yes, explain)

Is there a family history of a large corrective lens prescription?

Does your child:

YES

NO

1. Have any religious food restrictions? Or Intolerances? (ex. lactose free milk)

List all here:

NEED parent signature here: _____

2. Have a food allergy? List:

NEED Doctor Order

3. Have trouble chewing or swallowing? Explain:

4. Do you have any concerns about what your child eats? Explain:

Health Manager _____ Date_____

Nutrition Manager_____ Date_____

Historia de la salud y evaluación nutricional

Hogar médico _____

Hogar dental _____

Entrevistador _____ Fecha _____

Child Name _____

Center/Home Base _____

¿su hijo:?	SÍ	NO
6. ¿tiene alguna medicina o alergias ambientales? Listar todos aquí:	_____	_____
7. ¿tomar algún medicamento? Enumere la medicación y la razón de ella: ¿Cuándo son tomadas?	_____	_____
8. ¿tiene algún problema médico actual? Listar todos aquí:	_____	_____
9. ¿tiene antecedentes de alguna cirugía? ¿Qué cirugía? ¿Cuándo fue la cirugía? ¿Dónde/qué Dr, tuvo lugar?	_____	_____
10. hay antecedentes familiares de una gran prescripción de lentes correctivos?	_____	_____

¿su hijo:?	Si	NO
5. ¿tiene alguna restricción de comida religiosa? Listar todos aquí: Se necesita la firma de los padres aquí:_____	_____	_____
6. tiene una intolerancia o alergia a los alimentos? Lista: (Ver formulario de prescripción de dieta)	_____	_____
7. ¿tiene problemas para masticar o tragar? Explicar:	_____	_____
8. ¿tiene alguna preocupación acerca de lo que su hijo come? Explicar:	_____	_____

Health Manager_____Date_____

Nutrition Manager_____ Date_____