

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?

List all here:

4. Have a history of any surgery?

What surgery?

When was the surgery?

Where/what Dr., did it take place?

5. Have exposure to 2nd or 3rd hand smoke?

2nd=Smoke / 3rd=Clothes, furniture, etc.

6. Have you noticed an eye that turns in, out, up or down?

Is there a family history of lazy eye?

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

Does your child:

YES

NO

1. Have any religious food restrictions?

List all here:

Parent signature needed here: _____

2. Have a food intolerance or allergy? List:

(See Diet Prescription Form)

3. Require a special diet? List:

4. Have trouble chewing or swallowing? Explain:

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

Health Coordinator _____ Date _____

Health/Nutrition Manager _____ Date _____

Historia de la salud y evaluación nutricional

Child Name _____

Hogar médico _____

Center/Home Base _____

Hogar dental _____

Entrevistador _____ Fecha _____

¿su hijo:?

SÍ

NO

7. ¿tiene alguna medicina o alergias ambientales?
Listar todos aquí:

8. ¿tomar algún medicamento?
Enumere la medicación y la razón de ella:
¿Cuándo son tomadas?

9. ¿tiene algún problema médico actual?
Listar todos aquí:

10. ¿tiene antecedentes de alguna cirugía?
¿Qué cirugía?
¿Cuándo fue la cirugía?
¿Dónde/qué Dr, tuvo lugar?

11. ¿tiene exposición al humo de la segunda o tercera mano?
2do = humo/3ro = ropa, muebles, etc.

12. ¿Has notado un ojo que se enciende, sale, sube o baja?
¿hay antecedentes familiares de ojo perezoso?
¿hay antecedentes familiares de una gran prescripción de lentes correctivos?

¿su hijo:?

Si

NO

6. ¿tiene alguna restricción de comida religiosa?
Listar todos aquí:
Se necesita la firma de los padres aquí: _____

7. tiene una intolerancia o alergia a los alimentos? Lista:
(Ver formulario de prescripción de dieta)

8. ¿requiere una dieta especial? Lista:

9. ¿tiene problemas para masticar o tragar? Explicar:

10. ¿tiene alguna preocupación acerca de lo que su hijo come? Explicar:

Health Coordinator _____ Date _____

Health/Nutrition Manager _____ Date _____