

HEALTH HISTORY & NUTRITION ASSESSMENT

Interviewer: _____

Child Name _____

Ctr/HB _____

Date _____

Does your child:

YES

NO

1. Have any medicine or environmental allergies?

List:

2. Take any medications?

List:

3. Have any current medical problems?

List:

4. Have any past surgeries?

List:

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 a food intolerance or allergy?

List:

2. Require a special diet?

List:

3. Have trouble chewing or swallowing?

Explain:

4. Do you have any concerns about what

Your child eats?

Explain:

Health Coordinator _____ Date _____

Health/Nutrition Manager _____ Date _____ 2014

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE SALUD Y LA NUTRICIÓN

Entrevistador: _____

Nombre del niño _____ Ctr/HB _____

Fecha _____

Las siguientes preguntas se tratan de su hijo:

SÍ

NO

7. ¿Tiene alergias a alguna medicina o alergias ambientales?

Enumere:

8. ¿Toma algún medicamento?

Enumere:

9. ¿Tiene algún problema médico por la actualidad?

Enumere:

10. ¿Se ha sometido a una cirugía en el pasado?

Enumere:

11. ¿Ha estado expuesto al humo de cigarrillo ajeno?

(Sea el humo mismo o la ropa, los muebles, etc. que el humo penetra)

12. ¿Ha notado usted que uno de sus ojos vira para dentro, arriba, fuera, o para abajo?

¿Hay antecedentes de otros familiares que tuvieron un ojo vago (ambliopía)?

¿Existen antecedentes de otros familiares que tuvieron que utilizar mucho aumento en sus lentes?

Las siguientes preguntas se tratan de su hijo:

SÍ

NO

5. ¿Tiene intolerancia o alergia a algún alimento?

Enumere:

6. ¿Requiere una dieta especial?

Enumere:

7. ¿Tiene dificultades al masticar o tragar?

Explique:

8. ¿Tiene usted alguna inquietud en cuanto a lo que su hijo come?

Explique:

Coordinador de salud _____ Fecha _____

Gerente de Salud y Nutrición _____ Fecha _____