

Health Information (Birth - 5 Years) continued

SI	NO	EVALUACIÓN DE SALUD FÍSICA	COMENTARIOS/EXPLIQUE
_____	Hrs.	¿En cuánto juego diario y activo está involucrado su hijo(a)?	
_____	Hrs.	¿Cuánto tiempo pasa su hijo(a) viendo la TV, videos o jugando video juegos?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene preocupaciones acerca del crecimiento físico de su hijo(a)?	

SI	NO	EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN	COMENTARIOS/EXPLIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo WIC?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo beneficios de EBT/SNAP?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) come frutas y vegetales?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Considera usted a su hijo(a) selectivo para comer?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Comparten comidas juntas como familia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay alimentos que su hijo(a) no come debido a razones culturales, étnicas o religiosas?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Come su hijo cosas que no sean alimentos?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene usted preocupaciones acerca de la nutrición o hábitos de comer?	
Su hijo(a) bebe de un: <i>(circule las que aplican)</i> Biberón Baso			
Su hijo(a): <i>(circule las que aplican)</i> Amamanta Usa Formula No se Aplica ¿Con que frecuencia? _____ veces/24hrs			

SI	NO	EVALUACION DEL USO DEL BANO	COMENTARIOS/EXPLIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) usa el baño solo o está en el proceso para aprender a ir al baño?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le gustaría el apoyo del personal del centro para el entrenamiento del baño?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) necesita pañales? Tamaño: _____	

Firma del Padre

Fecha

Health Info form reviewed by (staff signature)

Date

FOR OFFICE USE ONLY

Additional required documents:

- Individual Health Plan
- Specialized Health Care Plan
- Medication Form
- Allergy Letter
- Request for Fluid Milk Substitution
- Request for Special Dietary Accommodations
- Plan for diet change due to Religious preferences