CHILD NUTRITION SURVEY

Child's Name	Child's Age	Today's Date:

Please circle or write your answers to the following questions:

1. **What do you think about your child's size?** *Too little* *Too big* *OK*
2. **What kinds of activity does your child do?** _____
3. **How many hours is a TV on (includes video games, movies, etc) in your house each day ?**_____
4. **My child uses the following to eat or drink:** *Bottle* *Cup* *Sippy-cup* *Spoon* *Fork* *Fingers*
5. **Do you ever run out of money or food stamps to buy food?** *Yes* *No*
6. **What do you give your child?** *Vitamins* *Iron* *Fluoride* *None* *Other medications*_____
7. **My child currently has:** *Allergies* *Rash* *Constipation* *Diarrhea* *Vomiting* *None*
8. **What things other than food does your child eat?**_____
9. **How would you describe your child's eating?**
   OK *Picky* *Too much* *Not enough* *Other* _____
10. **How many times <u>a week</u> does an adult sit down to eat a meal with your child?**
    Never *1-2 times* *3-4 times* *5-6 times* *7 or more times*
11. **If your child eats meals at home, where does he/she usually eat?**
    At the Table *In the Living Room/ TV Room* *In the Bedroom* *Other*_____
12. **Who prepares the meals for your family?**_____
13. **How would you describe mealtime with your family?**
    Usually pleasant *Sometimes pleasant* *Not pleasant* *Other*_____
14. **At mealtimes, how often does your child eat the same foods as the rest of the family?**
    Most of the time *Sometimes* *Rarely*
15. **How many times <u>a week</u> does your family eat fast food or food from a restaurant?**
    Never *1-2 times* *3-4 times* *5 or more times*
16. **What kind of milk does your child usually drink?** *Skim* *1%* *2%* *Whole/Vitamin D*
17. **What other beverages does your child drink on most days?** *Juice* *Soda* *Punch/Kool Aid*
    Fruit Drinks *Gatorade* *Coffee/Tea* *Water* *Other*
18. **What are your child's favorite foods?**_____
19. **What food(s) does your child dislike or is unable to eat?**_____
20. **What nutrition and health questions do you have today?**

    _____

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS

Nombre del niño:	Edad del niño:	Fecha:

Favor de trazar un círculo o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. **¿Qué piensa del peso y desarrollo de su niño?** *Está muy pequeño Está muy grande Está bien*
2. **¿Cuáles actividades físicas hace su niño?** _____
3. **¿Cuántas horas regularmente está prendida la televisión (incluyendo juegos de video, películas,) cada día en su casa ?**_____
4. **¿Mi niño usa lo siguiente para comer o tomar:** *Biberón - Taza - Taza Entrenadora - Cuchara –Tenedor- Dedos*
5. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?** *Sí No*
6. **¿Qué le da a su niño?** *Vitaminas Hierro Fluoruro Ninguno Otras medicinas*_____
7. **Mi niño tiene actualmente:** *Alergias Sarpullido Estreñimiento Diarrea Vómitos Nada*
8. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su niño?**_____
9. **¿Cómo describiría la manera de comer de su niño?**
   Está bien Es quisquilloso Come demasiado No come lo suficiente Otro _____
10. **¿Cuántas veces <u>a la semana</u> come un adulto con su niño?**
    Nunca 1 a 2 veces 3 a 4 veces 5 a 6 veces 7 o más veces
11. **Si su niño come en la casa, ¿dónde come usualmente?**
    *En la mesa En la sala/cuarto de televisión En su cuarto Otro*_____
12. **¿Quién prepara las comidas para su familia?**_____
13. **¿Cómo describiría la hora de comer en su familia?**
    *Usualmente agradable A veces agradable Desagradable Otro*_____
14. **A la hora de comer, ¿qué tan frecuente come su niño las comidas que el resto de la familia come?**
    Casi siempre A veces Pocas veces
15. **¿Cuántas veces <u>a la semana</u> come su familia comidas rápidas o de restaurante?**
    Nunca 1a 2 veces 3 a 4 veces 5 o más veces
16. **¿Qué clase de leche toma su niño usualmente?** *Descremada 1% 2% entera/vitamina D*
17. **¿Cuáles otras bebidas toma su niño en la mayoría de los días?** *Jugo Soda Ponche/Kool Aid Bebidas de fruta Gatorade Café/Té Agua Otro*
18. **¿Cuáles son los alimentos favoritos de su niño?**_____
19. **¿Cuáles alimentos no le gustan a su hijo o no puede comer?**_____
20. **¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición o la salud?**

    _____