|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES Division of Medicaid Services  F-01066AS (07/2008) | STATE OF WISCONSIN |

**HEALTHCHECK CHILD’S FOOD RECORD / 1-12 years of age  
REGISTRO DE LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS (1 a 12 años de edad)**

La compleción de este formulario es voluntaria.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño | FECHA DE HOY |

**Instrucciones:** Escriba todo lo que el niño comió y bebió en las últimas 24 horas (comidas y refrigerios). Incluya desde el primer alimento de ayer a la mañana hasta el primero de hoy a la mañana.

Ejemplo: 8:30 a.m. en su casa sándwich (2 rebanadas de pan de trigo con 2 rebanadas de queso Cheddar y

1 cucharada de mantequilla)

1 taza de sopa de tomate preparada con 2% de leche

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HORA | LUGAR | | CANTIDAD DE COMIDA Y BEBIDA QUE CONSUMIÓ | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| 1. ¿El niño generalmente come de esta manera?  Sí  No Si marcó “No”, explique por qué. | | | | | | | |
| 1. ¿Qué comidas el niño se niega a comer? | | | | | | | |
| 1. ¿Con qué frecuencia el niño come fuera de su casa?  1-2 veces por semana  2-4 veces por semana  Casi todos los días | | | | | | | |
| 1. ¿El niño generalmente se comporta bien a la hora de la comida?  Sí  No Si marcó “No”, explique por qué. | | | | | | | |
| 1. ¿Cuántas veces en el último mes el niño tuvo problemas para ingerir suficiente cantidad de comida? | | | | | | | |
| **Office Use Only** | | Bread | | Vegetables | Fruit | Milk | Meat |