



Nombre: _____ Día de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Formulario completado por: _____

¿Hay algún problema o preocupación de que quieres discutir hoy?

Escriba un día típico de comer: 9

Desayuno: 5

Almuerzo: 2

Cena: 1

Alimentos habituales: 0

¿Su hijo pide “segundos”? Sí No

Marque lo que su hijo bebe normalmente:

Leche Agua 100 % jugo Soda Soda de dieta Bebidas deportivas Minute Maid

Kool Aid Kool Aid sin azúcar Crystal Light Capri Sun Hi C punch Leche (de fresa o chocolate)

Café Té helado con azúcar Té helado sin azúcar Bebidas energizantes (Red Bull, Monster)

Batidos/Frappes Otras bebidas - Por favor liste: _____

¿Cuántas veces por semana come verduras su hijo? _____ Verduras favoritas: _____

¿Cuántas veces por semana come frutas su hijo? _____ Frutas favoritas: _____

¿Cuántas veces por semana come comida rápida su hijo? _____

¿Dónde come las comidas su hijo? la cocina/el comedor la sala el cuarto

en la carrera en frente de la TV escuela/guardería otro: _____

¿Qué hace su hijo para el ejercicio? (educación física, deportes, baile, etc.) _____

¿Con qué frecuencia su hijo hace ejercicios y por cuanto tiempo? _____

Tiempo en frente de las pantallas excluyendo la escuela: (computadora, TV, videojuegos, etc.) _____ horas/ día

¿Qué le gusta hacer a su hijo por diversión? _____

¿Cuáles vitaminas o suplementos toma su hijo? _____

¿A que hora se va a dormir su hijo? _____ ¿A que hora se despierta? _____ ¿Cuántas horas duerme su hijo? _____