

¿Qué Come Su Niño?

Ponga un círculo en las comidas que su niño come cada día o al menos 3 veces a la semana:

Oficina

Escriba todo lo que su bebe o niño comió y tomó ayer:

Ponga un círculo en el dibujo que muestra como se siente su bebé o niño a la hora de comer:



Ponga un círculo en si su bebé o niño recibe comida de:

Food Stamps School Lunch Head Start WIC

Ponga un círculo si su bebé o niño toma:



✓ one topic/visit

Food Recall:

___ set meal & snack times
___ Variety/Basic 4
___ # srvgs.: 5-7-2-2

Mealtime:

___ pleasant mealtimes
___ good food supply
___ nutrition referral
___ supplement use
___ bottle tooth decay
___ soft toothbrush & tiny amt. toothpaste
___ parent helps with brushing until 5 yrs.

Baby:

___ breastfeeding
___ formula prep
___ starting solids
___ all food groups
___ weaning/cup
___ no honey or Karo Syrup until 1 yr.
___ cow milk at 1 yr.

Iron:

___ 2-3 srvgs./day
___ try new foods
___ read cereal labels
___ vitamin C with meal
___ pica behavior

Calcium:

___ 2-3 srvgs./day:
___ 1-10 yrs: 16 oz./day
___ too much milk
___ type of milk:
___ whole: 1-2 yrs.
___ low/non: 2 & up

Snacks/Fast Foods:

___ foods lower in fat & sugar

Fruits & Vegetables:

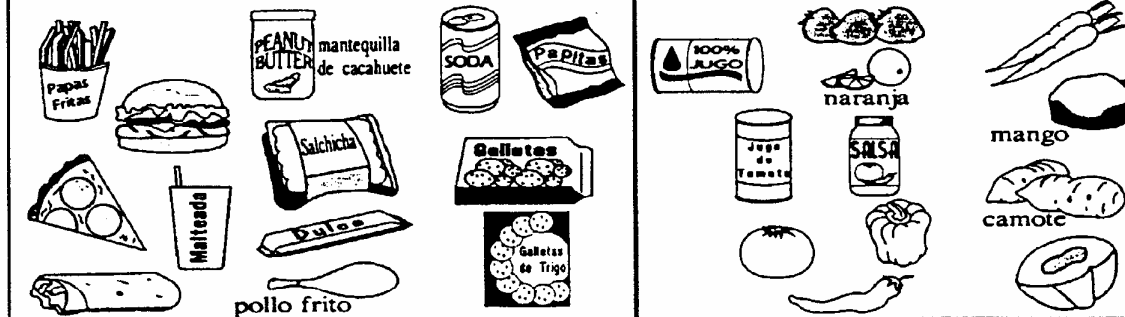
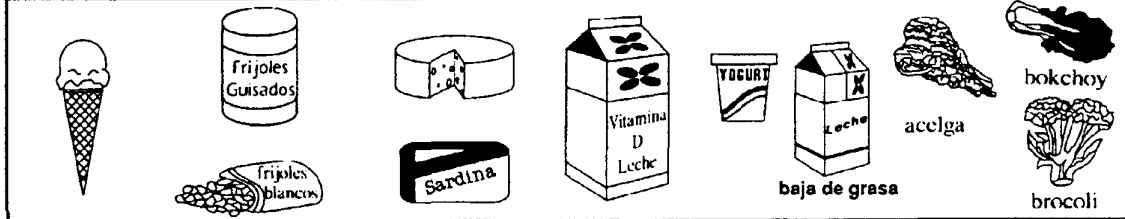
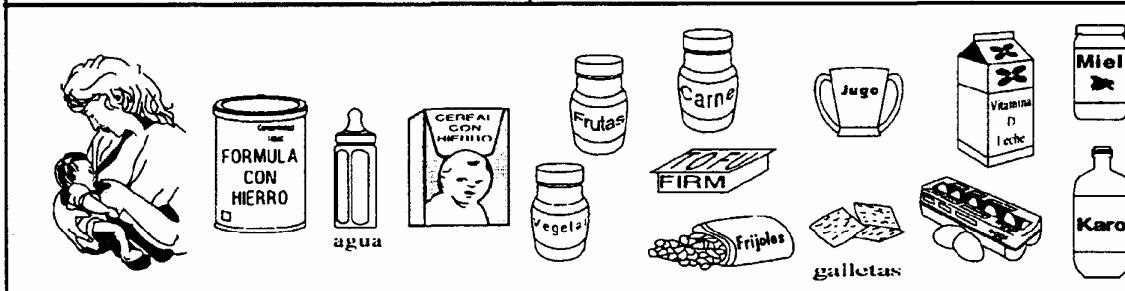
___ 5-9 srvgs./day
___ vitamin A & C rich foods daily
___ give water daily

Activity:

Frequency: _____

Duration: _____

TV: 2 hrs. or less/day



Ponga un círculo en las actividades que su bebé o niño hace diario:



Nombre del Niño: _____ Edad: _____