



Resultados Evaluación Preliminar de Nutrición

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Estimados Padres:

El dietista ha examinado la altura y el peso de su niño, la información que usted proporcionó sobre los hábitos alimenticios de su niño y los resultados del análisis de sangre para determinar si es anémico. Los resultados son como sigue:

Altura/Peso:

El peso de su niño está dentro de los límites normales para su altura y edad.

El peso de su niño es demasiado alto para su altura y edad.

El peso de su niño es demasiado bajo para su altura y edad.

Otro: _____

Consumo de Alimentos:

La dieta de su niño muestra demasiado de los alimentos siguientes:

- _____ Grasas (alimentos fritos, papas fritas, manteca de cerdo, mantequilla, mayonesa, etc.)
- _____ Alimento Alto en Azúcar (soda, pasteles o postres, Kool-aid, etc.)

La dieta de su niño muestra que **no contiene suficiente** de los siguientes alimentos y nutrientes:

- _____ Granos y Cereal (pan de grano entero, tortilla, arroz, cereales bajos en azúcar)
- _____ Productos Lácteos (queso, yogurt, leche)
- _____ Carne y Proteína (atún, pescado, frijoles/habichuelas, pollo, carne de res, crema de maní / cacahuete)
- _____ Vitamina A (espinacas, zanahorias, camote o batata dulce y albaricoque)
- _____ Vitamina C (naranjas, brocoli, tomates)
- _____ Otras Frutas y Verduras (manzanas, melocotones, papas, calabaza, maíz)
- _____ Alimentos Fortificados en Hierro (cereales fortificados con hierro, frijoles)

Resultados de los Análisis de Sangre:

El nivel de hierro en la sangre de su niño está:

- _____ Dentro de límites normales
- _____ Algo bajo (necesita alimentos adicionales con hierro)
- _____ Muy bajo (necesita tratamiento o pruebas adicionales)

RECOMENDACIONES:

- _____ Disminuya alimentos altos en azúcar (sirva sólo de vez en cuando) _____
- _____ Disminuya alimentos altos en grasa (papas fritas, comida frita, manteca de cerdo, mayonesa, otro) _____
- _____ Aumento de Frutas - sobre todo: _____
- _____ Aumento de Vegetales - sobre todo: _____
- _____ Aumento de Carne y Proteína - sobre todo: _____
- _____ Aumento de Granos, Pan, Cereal - sobre todo: _____
- _____ Aumento en alimentos fortificados en hierro, tales como: _____
- _____ Productos lácteos, tales como: _____
- _____ Necesita tomar multivitaminas con hierro _____
- _____ Otro: _____

(Vea la Guía de Alimentos Diarios Recomendados)

Firma del Dietista o Personals de Head Start _____

Fecha _____

Complete y envíe a los padres dentro de 3 días después de que el Dietista haga la evaluación.