

## Nutrition & Physical Activity Self-History Form

To be completed by patient and/or parent or guardian for all well child visits ages 2 to 18 years.

Please complete the questions below.

Sex (circle):            Male            Female

Age:                    \_\_\_\_\_ years \_\_\_\_\_ months

Ethnic Group (circle):

African-American            Asian                    Caucasian

Hispanic                      Other: \_\_\_\_\_

PATIENT NAME STAMP

**Family History:** Do any family members have any of the following health conditions?:

Health Condition:	Circle the family member(s) with the health condition:					
	Patient	Parent	Grandparent	Aunt	Uncle	Other
Diabetes						
Heart Disease / Heart Attack						
High Blood Pressure						
Obesity						
Stroke						

Please circle the answers to the questions below:

1. **Food Choices** - how many **times per day** does the patient:

- |   |               |               |               |               |     |                    |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|-----|--------------------|
| a. Eat vegetables (excluding French fries)? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |     |                    |
| b. Eat fruit?                               | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |     |                    |
| c. Eat fried food?                          | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |     |                    |
| d. Eat sweets and/or salty snacks?          | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |     |                    |
| e. Drink soda or sweetened fruit drinks?    | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |     |                    |
| What type of milk does the patient drink:   | Whole         | 2%            | 1%            | Skim          | Soy | Rarely drinks milk |

2. **Meal Patterns** - how many **days per week** does the patient:

- |  |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| a. Eat breakfast?                          | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| b. Eat dinner with the family?             | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| c. Eat "fast food" meals?                  | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| d. Eat meals or snacks in front of the TV? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| e. Eat meals or snacks in the car?         | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |

3. **Physical Activity**

How many **days per week** does the patient:

- |  |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| a. Participate in physical education?  | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk |             |
| b. Participate in physical activity (walk, ride bike, play games, sports, etc.) for a <b>combined</b> total of 60 minutes or more? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |

How many **hours per day** does the patient:

- |                                       |                      |           |           |                 |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------------|
| a. Watch TV?                          | Less than 1 hour/day | 1-2 hours | 3-4 hours | 5 or more hours |
| b. Use computer and play video games? | Less than 1 hour/day | 1-2 hours | 3-4 hours | 5 or more hours |

Does the patient have a TV in his/her bedroom?            Yes            No

4. **Questions for Parent/Guardian:**
- |  |     |    |
|--|-----|----|
| Are you concerned about your weight?         | Yes | No |
| Are you concerned about your child's weight? | Yes | No |

**STOP HERE.** Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the nurse.

## Historial Personal de Nutrición y Actividad Física

Este formulario debe ser llenado por el paciente y/o sus padres o guardián en cada visita a la clínica para niños/as de edades 2 a 18 años.

Favor de llenar el cuestionario siguiente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo (circular):      Masculino      Femenino

Edad: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

Grupo étnico (circular):

Afro Americano      Asiático      Caucásico

Hispano/Latino      Otro \_\_\_\_\_

PATIENT NAME STAMP

**Historial Familiar:** Señale si el paciente o algún familiar cercano tiene alguna de las siguientes condiciones de salud:

Condición de Salud:	Circula al familiar con la condición de salud:						
	Usted	Padre	Madre	Abuelo(a)	Tía	Tío	Otro
Diabetes							
Enfermedad del Corazón/ Ataque del Corazón							
Alta presión arterial							
Obesidad							
Derrame cerebral							

Favor de circular las respuestas de las siguientes preguntas:

1. **Selección de Alimentos** – ¿Cuántas veces al día el paciente:

- |   |               |               |                |               |
|---|---------------|---------------|----------------|---------------|
| a. Come vegetales? (sin incluir papitas fritas)   | 0-1 veces/día | 2-3 veces/día | 4-5 veces /día | 6-7 veces/día |
| b. Come frutas?                                   | 0-1 veces/día | 2-3 veces/día | 4-5 veces /día | 6-7 veces/día |
| c. Come alimentos fritos?                         | 0-1 veces/día | 2-3 veces/día | 4-5 veces /día | 6-7 veces/día |
| d. Come meriendas dulces o saladas?               | 0-1 veces/día | 2-3 veces/día | 4-5 veces /día | 6-7 veces/día |
| e. Toma soda o bebidas/jugos de fruta azucaradas? | 0-1 veces/día | 2-3 veces/día | 4-5 veces /día | 6-7 veces/día |

¿Qué tipo de leche toma regularmente?      Entera    2%    1%    Descremada    Soya    Casi no toma leche

2. **Patrones de Alimentación** – ¿Cuántos días a la semana el paciente:

- |  |                 |                 |                 |                 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| a. Come desayuno?                                      | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |
| b. Come con el resto de la familia?                    | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |
| c. Come 'comida rápida'?                               | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |
| d. Come al mismo tiempo que esta viendo la televisión? | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |
| e. Come en el auto/camioneta?                          | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |

3. **Actividad Física**

¿Cuántos días a la semana participa el paciente:

- |  |                 |                 |                 |                 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| a. En ecuación física?:  | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |
| b. En una actividad física (como por ejemplo: caminar, correr, montar bicicleta, jugar, deportes, etc.) para un total combinado de 60 minutos o más? | 0-1 días/semana | 2-3 días/semana | 4-5 días/semana | 6-7 días/semana |

¿Cuántas horas por día el paciente:

- |   |                     |           |           |               |
|---|---------------------|-----------|-----------|---------------|
| a. Ve televisión?                               | Menos de 1 hora/día | 1-2 horas | 3-4 horas | 5 horas o más |
| b. Juega con programas de computadoras o video? | Menos de 1 hora/día | 1-2 horas | 3-4 horas | 5 horas o más |

¿El paciente tiene un televisor en su cuarto?      Si      No

4. **Preguntas para el Padre/Madre/Guardián:**      ¿Usted esta preocupado por su peso?      Si      No  
 ¿Usted esta preocupado por el peso de su hijo/a?      Si      No

**PARE AQUÍ.** Gracias por completar este cuestionario. Favor de devolver la forma terminada a la enfermera.