

Registro de consumo de alimentos

Dietista _____ Teléfono: _____

Nombre del paciente _____

Fecha _____ Día de la semana _____

Registrar el consumo de comida por _____ días.

Recuerde:

- Anote todas las comidas, bocadillos (*snacks*) y líquidos que reciba su niño.
- Incluya las marcas.
- Indique los horarios de cada alimento.
- Registre las cantidades de comida y líquidos en cucharaditas (*teaspoons*), cucharadas (*tablespoons*), tazas (*cups*), onzas, etc.

Fecha	Hora	Comida o bebida	Descripción (cómo fue preparado o la marca)	Cantidad
<i>Ejemplo</i>				
8/julio	8 a.m.	Jugo de naranja	Congelado, de concentrado	½ t
		Waffles de arándano (<i>blueberry</i>)	Eggo, congelado	1 entero
		Margarina	Para untar, Parkay	2 tsp.
		Jarabe de maple o arce	Hecha en casa	2 cucharadas (<i>Tbsp.</i>)
		Fresas	Enteras	5 unidades
		Leche	1%	1 taza (<i>cup</i>)

Más espacio atrás.

Registro de consumo de alimentos

Fecha	Hora	Comida o bebida	Descripción (cómo fue preparado o la marca)	Cantidad

Para más información

- Nutrición 206-987-4758
- Consulte con el proveedor de atención médica de su niño
- www.seattlechildrens.org

Servicio gratuito de intérprete

- Estando en el hospital, solicítelo con la enfermera de su niño.

Fuera del hospital, llame a la línea gratuita de interpretación al 1-866-583-1527. Dígame al intérprete la extensión o el nombre de la persona que necesita.



Food Intake Record

Dietitian _____ Phone: _____

Patient's name _____

Date _____ Day of the week _____

Please record food intake for _____ days.

Remember:

- Record all meals, snacks and fluid taken by your child.
- Include brand names.
- Indicate times of meals and snacks.
- Record food and fluid amounts in teaspoons, tablespoons, cups, ounces, etc.

Date	Time	Food or drink	Description (how prepared or brand name)	Amount eaten
<i>Example</i>				
7/8	8 a.m.	orange juice	from frozen concentrate	½ cup
		blueberry waffle	Eggo, frozen	1 whole
		margarine	soft spread, Parkay	2 tsp.
		maple syrup	homemade recipe	2 Tbsp.
		strawberries	whole	5 berries
		milk	1%	1 cup

More space on back.

Food Intake Record

Date	Time	Food or drink	Description (how prepared or brand name)	Amount eaten

To Learn More

- Nutrition 206-987-4758
- Ask your child’s healthcare provider
- www.seattlechildrens.org

Free Interpreter Services

- In the hospital, ask your child’s nurse.
- From outside the hospital, call the toll-free Family Interpreting Line, 1-866-583-1527. Tell the interpreter the name or extension you need.