



PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd  
Mt. Pleasant TX 75455  
(903)575-2092 fax (903)575-2077



# Eating and Feeding Evaluation/Alimentación de Niños

Child's name/ <i>Nombre del Niño</i>	Birthday/ <i>Fecha de Nacimiento</i>	Room/ <i>Salón</i>

Select One/*Seleccione Uno*:       Early Head Start       Head Start       Pre-K       PPCD

**Part A: Parents**

**Does the child have a disability?** If yes, Describe the major life activities affected by the disability.  
*Su hijo(a) tiene una discapacidad? Si, describa la actividad más afectada por su discapacidad.*

YES/Si                       NO

---

**Does your child have special nutritional or feeding needs?** If yes, complete part B of this form and have it signed by a licensed physician.  
*Su hijo(a) tiene alguna nutrición especial o la manera en que es alimentado(a)? Si la respuesta es Si, por favor complete la parte B de esta forma y que sea firmada por un medico certificado.*

YES/Si                       NO

**If the child is not disabled, does the child have special nutritional or feeding needs?** If yes complete part B of this form and have signed by licensed physician.  
*Si su hijo(a) no tiene una discapacidad, su hijo tiene una nutrición especial o la manera en que es alimentado(a) si la respuesta es Si por favor complete la parte B de esta forma y que sea firmada por un medico certificado.*

YES/Si                       NO

---



---

**Part B: Medical Provider**

**List any dietary restrictions or special diet/***Anote cualquier restricción dietética o una dieta especial*

---

**List foods to be substituted/***anote los alimentos que serán substituidos*

---

**List foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner indicate "All"/***Anote los alimentos que necesitan los siguientes cambios en textura. Si todos los alimentos necesitan ser preparados de esta manera por favor indique "Todo"*

---

- Cut up or chopped into bite size pieces/*cortados en pequeñas rajadas/picadas*
- Finely ground/*finamente molidos*:
- Pureed/*Puré*:

List any special equipment or utensil that are needed/*Anote cualquier equipo especial o utensilios que sean necesarios.*

---

**Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns/***Indique cualquier otro comentario sobre el patrón alimenticio de su hijo(a).*

---



---



---

Parent or Guardian Signature/ <i>Firma del Padre o Tutor</i> : _____	Date: _____
Doctor Signature/ <i>Firma del Doctor</i> : _____	Date: _____
Teacher Signature/ <i>Firma del Maestro(a)</i> : _____	Date: _____
Cafeteria Manager Signature/ <i>Firma del Gerente de Cafeteria</i> : _____	Date: _____
Health Staff Signature/ <i>Firma de Personal de Salud</i> : _____	Date: _____