



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES
EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
--------------------------	----------------------	---------------------------

DEBE COMPLETARLO LA PERSONA QUE CUIDA AL BEBÉ

1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho que su bebé tiene alguna enfermedad o padecimiento médico? **[341-362]**

Sí, Indique la enfermedad o padecimiento: _____

No

¿Cuándo es la próxima cita médica de su bebé? Fecha: _____

2. ¿Qué alimento le da a su bebé? (Escoja todas las que correspondan): **[411.3]**

Leche materna

Fórmula (Nombre) _____

Otros líquidos o bebidas (no fórmula para bebés): _____

Alimento para bebé o comida que se sirve a la familia/ mesa _____

3. ¿En cuáles lugares su bebé toma en biberón o en vaso? Escoja todas las que correspondan: **[411.2]**

Lactancia solamente / no biberones

Cama

Carriola

Asiento para el bebé

Cuando alguien lo carga

Sillita alta

El mismo se da el biberón

Otro _____

4. ¿Usted moja el chupón de su bebé en azúcar, jarabe o miel o agrega azúcar, jarabe o miel a la leche materna o fórmula? **[411.2] [411.3] [411.5]**

Sí

No

¿Su bebé consume miel o algún alimento que contenga miel, como galletas graham, muffin, etc.?

Sí **[411.3] [411.5]**

No

5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su bebé? (Escoja todos los que correspondan): **[411.5]**

Jugos frescos de frutas o verduras

Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)

Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco

Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos

Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)

Salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar

Nada de lo anterior

6. ¿Ha notado algún problema oral o dental en su bebé? **[381]**

Sí, indique los problemas: _____

No

Su Nutricionista CPA platicará sobre la manera de comer de su hijo(a) y hábitos de actividad y le hará más preguntas.