



EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN PARA BEBÉS [Infants]

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

Formulario completado por: Padre/Tutor Legal o Personal de WIC: CPA RD Nutriólogo Certificador del Programa WIC

Por favor piense en el patrón alimentario de su bebé y conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible.
Marque el casillero y/o escriba su respuesta.

ADULTO A CARGO

1.	¿Cómo describiría el apetito de su bebé? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malo	
2.	¿Ha notado algún cambio reciente en el apetito de su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", enumere los cambios:	
3.	¿Alguna vez el médico le dijo que su bebé tenía una enfermedad o problema de salud? [340] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", enumere:	
4.	¿Cuándo fue la última vez que su bebé fue al médico? Fecha: <input type="checkbox"/> No sabe	
5.	¿Cómo describiría la hora de las comidas de su bebé? Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Siempre agradable <input type="checkbox"/> Generalmente agradable <input type="checkbox"/> En ocasiones agradable <input type="checkbox"/> Nunca agradable	
6.	¿Qué tipo de cosas puede hacer su bebé? Marque todo lo que corresponda. [428] <input type="checkbox"/> Abrir la boca para tomar el pecho o el biberón <input type="checkbox"/> Beber líquidos <input type="checkbox"/> Sentarse con apoyo <input type="checkbox"/> Llevarse objetos a la boca y morderlos <input type="checkbox"/> Seguir los objetos y sonidos con los ojos <input type="checkbox"/> Ponerse la mano en la boca <input type="checkbox"/> Beber de una taza que está sujeta <input type="checkbox"/> Tomar el biberón sin ayuda	
7.	¿Cuántos pañales moja su bebé en 24 horas? ____ mojados/24 horas	
8.	¿Cuántos pañales ensucia su bebé en 24 horas? ____ sucios/24 horas	

ALIMENTACIÓN PRIMARIA

*9.	¿Con qué tipo de leche alimenta a su bebé? Marque todo lo que corresponda. [411.1] <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Fórmula fortificada con hierro <input type="checkbox"/> Fórmula con bajo contenido de hierro <input type="checkbox"/> Leche de vaca (sin grasas/descremada; 1%, 2% o entera) <input type="checkbox"/> Bebida de leche de arroz o soja <input type="checkbox"/> Leche en polvo <input type="checkbox"/> Leche evaporada <input type="checkbox"/> Leche condensada y endulzada <input type="checkbox"/> Leche de cabra <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro:	
10.	¿Está amamantando a su bebé actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11.	¿Alguna vez amamantó a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", ¿durante cuánto tiempo?	
12.	¿Cómo sabe cuando su bebé está hambriento? Marque todo lo que corresponda. [411.4] <input type="checkbox"/> Llora <input type="checkbox"/> Pequeños sonidos de queja <input type="checkbox"/> Chupa las manos o los labios <input type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia el pezón o el biberón <input type="checkbox"/> Otro:	
13.	¿Cómo sabe cuando su bebé está lleno? Marque todo lo que corresponda. [411.4] <input type="checkbox"/> Cierra la boca <input type="checkbox"/> Aparta la cabeza del pezón o el biberón <input type="checkbox"/> Empuja el pezón fuera de su boca <input type="checkbox"/> Muestra interés por otras cosas en la habitación <input type="checkbox"/> Otro:	

LACTANCIA (Completar solamente si amamanta a tiempo completo o parcial)

14.	¿Cómo lleva adelante la lactancia? [603] <input type="checkbox"/> Muy bien; cuento con la ayuda que necesito. <input type="checkbox"/> Bien; tengo algunas preguntas. <input type="checkbox"/> No muy bien; necesito ayuda.	
15.	¿Cuántas veces amamanta, extrae leche o emplea un sacaleches en 24 horas? [411.7] Amamanta__ veces/24 horas Extrae__ veces/24 horas Sacaleches__ veces/24 horas	
16.	¿Alguna vez ha tenido dolor en los pezones? [603] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17.	¿Puede oír a su bebé succionar durante la alimentación? [603] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

MANEJO DE LA LECHE MATERNA QUE SE EXTRAE

18.	¿Cómo guarda la leche materna que se extrae? <input type="checkbox"/> Congelador <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Otro: [411.9]	
19.	¿Cuánto tiempo la guarda en el refrigerador antes de tirarla? ____ horas/días (marque uno con un círculo) [411.9]	
20.	¿Cuánto tiempo guarda la leche materna después de descongelada? ____ horas/días (marque uno con un círculo) [411.9]	
21.	¿Qué hace con la leche materna que queda en el biberón? [411.9] <input type="checkbox"/> La guarda para utilizarla en otra comida <input type="checkbox"/> La devuelve al refrigerador para utilizarla en otra comida <input type="checkbox"/> La tira <input type="checkbox"/> Otro:	

FÓRMULA (Completar solamente si el bebé está tomando fórmula)

22.	¿Qué tipo de fórmula está tomando su bebé? Nombre: [340] <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Concentrado líquido <input type="checkbox"/> Lista para alimentar	
23.	¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé en una comida? ____ onzas por comida Y ¿cuántas comidas por día? ____ comidas/24 horas	

MANEJO DE LA FÓRMULA

[411.6] [411.9]

24.	¿Cuánta agua y cuánta fórmula mezcla por comida? ____ onzas de agua con ____ onzas/cucharadas de fórmula ¿Las cucharadas de fórmula son al ras o colmadas? <input type="checkbox"/> Colmadas <input type="checkbox"/> Al ras ¿Cómo almacena la fórmula luego de mezclarla? <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Otro:	
-----	---	--

25. ¿Cuánto tiempo guarda la fórmula mezclada en el refrigerador antes de tirarla? ____ horas/días (marque uno con un círculo) **[411.9]**
26. ¿Cuánto tiempo deja un biberón de fórmula a temperatura ambiente? ____ horas **[411.9]**
27. ¿Qué hace con la fórmula que queda en el biberón luego de una comida? **[411.9]**
 La guarda para utilizarla en otra comida La devuelve al refrigerador para utilizarla en otra comida La tira Otro:

SUMINISTRO DE AGUA

28. ¿Qué tipo de agua utiliza para mezclar la fórmula o para que tome su bebé? **[411.9]**
 Sistema de abastecimiento urbano o rural Pozo privado Agua embotellada Agua para bebés
 a. Si es de pozo privado, ¿ha sido analizado para detectar bacterias y nitratos? Sí No No sabe
 Si contestó "sí", marque cuál fue el resultado. Seguro Inseguro No sabe
 b. ¿Sabe si su agua es fluorada? Sí No No sabe

ALIMENTOS SÓLIDOS Y JUGOS

29. ¿Su bebé ha comenzado a comer cereal para bebés, comida para bebés o alimentos sólidos? Sí No
 Si contestó "sí", ¿a qué edad comenzó a alimentarlo con estas comidas y con qué alimentos? **[411.2] [411.3]**
 En su mayoría son: Molidos Puré o comida para bebés Cortados en trocitos Líquidos **[411.4] [428]**
 Comida para comer con los dedos Otros:
 Si contestó "sí", ¿cómo le da de comer estos alimentos? Cuchara Biberón/recipiente para alimentar a bebés
 El bebé come por sí mismo

- *30. ¿Su bebé come miel o alguna otra comida hecha con miel como galletas de miel graham, muffins, etc.? **[411.3] [411.5]**.... Sí No

31. ¿Su bebé toma jugo de fruta al 100%? Sí No
 Si contestó "sí", ¿cuántas onzas de jugos sin diluir toma en un día? ____ onzas/día

32. ¿Cómo toma el jugo su bebé? Biberón Taza **[411.2]**

33. ¿A qué edad comenzó a darle jugo a su bebé? ____ meses **[411.3]**

- *34. Su bebé come alimentos como: **[411.5]**
 a. jugos de fruta o verduras no pasteurizados Sí No
 b. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano Sí No
 c. carnes, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o no bien cocidos Sí No
 d. brotes de verduras crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano) Sí No
 e. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos Sí No

- *35. ¿Su bebé sigue una dieta especial? **[411.8] [340]** Sí No
 Si contestó "sí", marque o escriba el tipo Vegan Macrobiótica Otro:

36. ¿Su bebé come con frecuencia alimentos dulces como paletas, caramelos, cereales azucarados o postres? **[428]** . Sí No
 Producto(s) y cantidad(es):

BIBERÓN Y TAZAS PARA NIÑOS

37. ¿Su bebé bebe algo más que no sea leche materna o fórmula en el biberón o en la taza para niños? **[411.2][411.3]** . Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Leche Jugo (100%) Agua
 Refresco/soda/gaseosa Gelatina a base de agua/Kool-Aid Té dulce Otro:

- *38. ¿Moja el chupete de su bebé en jarabe de maíz/Karo o miel, o agrega estos alimentos al biberón de su bebé? Sí No
[411.2] [411.3] [411.5]

- *39. ¿Su bebé se lleva el biberón o la taza para niños a la cama en la noche o a la hora de la siesta? **[411.2]** Sí No

40. ¿Sostiene el biberón de su bebé mientras le da de comer? **[411.2]** Sí No

- *41. ¿Su bebé lleva consigo un biberón o taza para niños durante el día? **[411.2]** Sí No

SUPLEMENTOS

42. ¿Su bebé toma alguna vitamina, mineral, hierbas o suplemento de hierbas? **[411.10] [411.11]** Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Multivitaminas para bebés Suplemento de vitamina D
 Suplementos, remedios o té de hierbas Suplemento de hierro Suplemento de flúor Otro:

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

43. Durante el mes pasado, ¿usted o alguien en su familia comió alguna vez menos de lo que considera que debería haber comido o no comió durante un día porque no había dinero suficiente para la comida? Sí No No sabe/no contesta

44. Durante el mes pasado, si se quedó sin fórmula ¿qué hizo? Enumere:

45. ¿Su bebé o su familia participa en alguno de los siguientes programas?..... Sí No
 Si contestó "sí", ¿en cuáles? Cupones alimentarios Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés)
 Programa de productos Donaciones de alimentos Early Head Start Parents as Teachers Otro:

46. ¿Tiene usted el equipamiento adecuado para almacenar y preparar alimentos tales como un refrigerador y una cocina que funcionen y un depósito libre de plagas y químicos nocivos? **[411.9]** Sí No

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL PROGRAMA WIC

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):

FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):

FECHA:

FECHA: