



EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA EN QUE SE
COMPLETÓ:

A. Esta sección debe completarla el cuidador del bebé (Del nacimiento hasta 11 meses de nacido)

1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho que su bebé tiene alguna enfermedad o padecimiento médico? **[341-362]**
- Sí, indique: _____
- No
- ¿Cuándo es la próxima cita médica de su bebé? Fecha: _____

2. ¿Qué alimento le da a su bebé? Seleccione todos los que correspondan. **[411.1] [411.2]**
- Leche materna
- Fórmula (Nombre) _____
- Otros líquidos o bebidas (no fórmula para bebés): _____
- Alimento para bebé o comida de la familia/mesa _____
- Otro/Comentarios _____

3. Mencione todos los lugares a donde su bebé lleva un biberón o vaso. Seleccione todas las que correspondan. **[411.2]**
- Cama
- Cochecito
- Asiento para el bebé
- Alguien más lo sujeta
- Silla para comer
- Él/ella aguanta el biberón
- Otro/Comentarios _____

4. ¿Pone Karo/jarabe de maíz o miel en el chupete de su bebé o agrega Karo/jarabe de maíz a la leche materna extraída o al biberón de su bebé? **[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. ¿Ha notado algún problema oral o dental en su bebé? **[381]**
- Sí, indique los problemas: _____
- No

B. Debe completar esta sección para los bebés (de 6 a 11 meses de nacido).

6. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su bebé? Seleccione todos los que correspondan. **[411.5]**
- jugo fresco de frutas o verduras o productos lácteos
- 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 medio hechos
- brotes crudos (alfalfa, meliloto, frijoles, rábano)
- salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar
- nada de lo anterior