



EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICION PARA NIÑOS DE 1-5 AÑOS (Children)

NOMBRE Y DCN DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: <input checked="" type="checkbox"/> Rango de meses <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	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 hijo 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 hijo? Bueno Normal Malo

2. ¿Ha notado algún cambio reciente en el apetito de su hijo? Sí No

3. ¿Tiene alguna pregunta acerca de los hábitos alimentarios de su hijo? Sí No
Si contestó "sí", ¿cuáles?

4. ¿Qué hace usted cuando su hijo no quiere comer o solamente quiere comer un determinado tipo de alimento?

5. ¿Su hijo con frecuencia se ahoga o atraganta con la comida? Sí No
Si contestó "sí", enumere:

6. ¿Cómo se preparan la mayoría de los alimentos que come su hijo? Marque todo lo que corresponda: **[425.4] [428] [381]**

<input type="checkbox"/> Molidos	<input type="checkbox"/> Puré o comida para bebés	<input type="checkbox"/> Cortados en trocitos
<input type="checkbox"/> Líquidos	<input type="checkbox"/> Para comer con los dedos	<input type="checkbox"/> Otros:

PATRÓN DE COMIDAS

7. ¿Cuántas veces al día come su hijo? ____ comidas/día ____ refrigerios/día
¿Qué tipo de alimentos come su hijo como refrigerio? Marque todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> Leche, yogurt, queso	<input type="checkbox"/> Carne, pescado, huevos, frijoles	<input type="checkbox"/> Frutas o verduras
<input type="checkbox"/> Pan, cereal, arroz y pasta	<input type="checkbox"/> Papitas/alimentos salados	<input type="checkbox"/> Galletas/pasteles/alimentos dulces

8. ¿Cuántos días a la semana comen todos juntos en su familia? ____ días/semana

9. A la hora de las comidas, ¿con qué frecuencia su hijo come los mismos alimentos que el resto de la familia? (Marque uno)
 La mayoría de las veces A veces Muy pocas veces
Si contestó "muy pocas veces", ¿Qué come su hijo?
Enumere:

10. ¿Cuántos días a la semana su hijo come en un centro de cuidado infantil (incluyendo a Head Start)? ____ días/semana

11. En una semana normal, ¿cuántas comidas come su hijo en restaurantes, incluyendo comida rápida? ____ comidas/semana

12. En un día, ¿cuántas comidas o refrigerios come frente a la TV? ____ refrigerios/día ____ comidas/día

PATRÓN ALIMENTARIO

13. ¿Cómo están preparadas la mayoría de las comidas? Marque todo lo que corresponda: Al horno Fritas Hervidas
 Asadas A la plancha A la parrilla En el microondas

14. ¿Hay algún alimento que usted considera que su hijo no está comiendo lo suficiente? Sí No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda: Leche, yogurt, queso Fruta Verduras Carne Pan, cereal, arroz y pasta

15. ¿Hay algún alimento que usted considera que su hijo está comiendo demasiado? Sí No
Si contestó "sí", enumere:

16. ¿Su hijo come con frecuencia alimentos dulces como paletas, caramelos, cereales azucarados o postres? Sí No
Si contestó "sí", enumere los alimento(s) y cantidad(es):

*17. Su hijo come alimentos como: **[425.5]**

a. jugos de fruta o verduras no pasteurizados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. productos lácteos no pasteuriza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. carnes, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o no bien cocidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. brotes de verduras crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

*18. ¿Su hijo come habitualmente objetos que no son alimentos? **[425.9]** Sí No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> Cenizas	<input type="checkbox"/> Barro	<input type="checkbox"/> Trozos de pintura
<input type="checkbox"/> Fibras de alfombras	<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Tierra
<input type="checkbox"/> Cigarrillos o colillas de cigarrillos	<input type="checkbox"/> Espuma de caucho	<input type="checkbox"/> Almidón (para lavandería o para cocinar)
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> Otros:	

19. ¿Su hijo come solo? **[425.4 428]** Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Come con los dedos Utiliza un tenedor/cuchara Bebe de una taza para niños Bebe de una taza o vaso común
 Otros:

*20. ¿Su hijo sigue una dieta especial? **[340 425.6]** Sí No
 Si contestó "sí", marque: Vegetariana Vegan Bajas calorías/pérdida de peso Alergia o intolerancia a alimentos
 Macrobiótica Otro:

21. ¿Está amamantando a su hijo? Sí No
 Si contestó "sí", ¿con qué frecuencia?

BEBIDAS

22. ¿Su hijo bebe leche? **[425.1]** Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Fórmula (nombre) _____
 Sin grasas (descremada) Semidescremada (1%) Reducida en grasas (2%) Entera
 Leche de arroz o soja fortificada Leche de arroz o soja sin fortificar Leche en polvo Leche evaporada
 Leche condensada y endulzada Leche de cabra Otro:

23. ¿Con qué frecuencia su hijo bebe leche? (Marque uno)
 Muchas veces/día (más de 3 tazas) Varias veces/día (3 tazas) Una vez/día (1 taza) Menos de una vez/día

*24. ¿Qué otras bebidas bebe su hijo en un día normal? Marque todo lo que corresponda. **[425.2]**
 Jugo (100%) Agua Agua con azúcar Bebidas de fruta Bebidas deportivas Refresco/soda
 Refresco/soda de dieta Café/té Agua de gelatina/Kool-Aid Otro:

25. ¿Con qué frecuencia su hijo bebe jugo de fruta al 100%?
 Muchas veces/día (más de 3 vasos) Varias veces/día (3 vasos) Una vez/día (1 vaso) Menos de una vez/día

26. ¿Cuál es la principal fuente de agua de su hijo? (Marque uno)
 Red urbana de aguas corrientes Sistema de abastecimiento rural Pozo privado Agua embotellada
 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
 c. ¿Su hijo se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor? Sí No No sabe

BIBERÓN Y TAZAS PARA NIÑOS

27. ¿Su hijo bebe de biberón? **[425.3]** Sí No

28. ¿Qué bebe en el biberón frecuentemente? Marque todo lo que corresponda. **[425.3]**
 Leche Jugo Agua Bebidas de fruta Bebidas deportivas Refresco/soda Café/té
 Cereal/otros alimentos sólidos agregados al biberón Otros:

29. ¿Su hijo se lleva el biberón o la taza para niños a la cama en la noche o a la hora de la siesta? **[425.3]** Sí No

30. ¿Su hijo lleva consigo un biberón o taza para niños durante el día? **[425.3]** Sí No

SUPLEMENTOS

31. ¿Su hijo toma alguna vitamina, mineral, hierbas o suplemento de hierbas? **[425.7] [425.8]** Sí No
 Si contestó "sí", marque el tipo. Multivitamina para niños Suplemento de hierro
 Suplemento de flúor Suplemento de hierbas La vitamina D Otro:

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

32. 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

33. ¿Su hijo se encuentra inscripto en "Early Head Start", "Head Start" o "Parents as Teachers"? Sí No

34. ¿Su familia participa en algún programa de alimentación o nutrición? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Cupones alimentarios Almuerzo escolar
 Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés) Programa de productos Donación de alimentos
 Otro:

35. ¿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? Sí No

ACTIVIDAD FÍSICA

36. En un día normal, ¿cuántas horas su hijo mira TV, juega con videojuegos y/o juega en la computadora?
 Menos de 1 hora 1-2 horas Más de 2 horas

37. En un día normal, ¿cuántas horas su hijo juega al aire libre? Menos de 1 hora 1-2 horas Más de 2 horas

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

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):	FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):
FECHA:	FECHA: