

# Nutrición de WIC/ Evaluación de Salud – Infante

Nombre del bebé \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor complete las siguientes preguntas para ayudar al personal de WIC a comprender mejor las necesidades de su bebé.

1. ¿Cuánto pesó el bebé al nacer? \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz  
¿Cuánto midió el bebé al nacer? \_\_\_\_ Pulgadas
2. Yo le doy de comer a mi bebé:  
 Leche materna de la madre del bebé  
 Leche materna de otra fuente  
 Fórmula: \_\_\_\_\_  
 Agua  
 Jugo  
 Té / Café / Refrescos / Kool-Aid  
 Pedialyte (suero)/ Gatorade  
 Otro: \_\_\_\_\_
3. Si está amamantando, ¿cómo va la lactancia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos pañales mojados tiene su bebé en 24 horas? \_\_\_\_\_
5. Típicamente, ¿cómo se ven los pañales sucios de su bebé? \_\_\_\_\_  
Cuántos en 24 horas? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuántas veces alimenta a su bebé en 24 horas? (Incluya alimentación de día y noche) \_\_\_\_\_
7. ¿Sostiene a su bebé en sus brazos cuando lo alimenta?  Sí  No
8. Si usa biberones, ¿cuántas onzas consume su bebé cada vez que lo alimenta? \_\_\_\_\_ Onzas
9. Si mezcla la fórmula, ¿qué tipo de agua utiliza?  
\_\_\_\_\_  N/A
10. Si su bebé no se termina el biberón, ¿guarda el resto para otra alimentación?  
 Sí  No  N/A
11. ¿Le pone algo más que leche materna, fórmula o agua en el biberón?  Sí  No  N/A
12. ¿Su bebé toma biberón en la cama o carga un biberón durante el día?  Sí  No  N/A
13. ¿Su bebé toma vitaminas o minerales diariamente?  Sí  No  
¿El suplemento contiene vitamina D?  
 Sí  No  No sé  
¿Su bebé toma un suplemento herbal o botánico?  Sí  No
14. ¿Come su bebé algún alimento sólido?  
 Sí  No  N/A  
Si es así, marque todo lo que corresponda  
 Frutas  Vegetales  
 Cereal  Carnes  
 Huevos  Otro: \_\_\_\_\_  
¿Le dio alimentos a su bebé antes de los 6 meses de edad?  Sí  No  N/A
15. ¿Le ofrecen a su bebé alguno de los siguientes?  
 Carne, pescado, pollo, o huevo crudo o poco cocido  
 Brotes crudos como alfalfa o brotes de soja  
 Carnes frías, salchichas, carnes procesadas  
 Quesos blandos como Brie, Feta, Queso Fresco  
 Jugo o leche cruda o no pasteurizada  
 Miel  
 A mi bebé no se le ofrece ninguna de estas comidas
16. ¿Tuvo la madre algún problema médico / de salud durante el embarazo?  Sí  No
17. ¿Ha ingresado su bebé al sistema de cuidado de crianza en los últimos 6 meses?  Sí  No  
¿Ha cambiado su bebé de hogar de crianza en los últimos 6 meses?  Sí  No
18. ¿Su bebé visita a un médico para chequeos de rutina?  Sí  No
19. Cuénteme sobre cualquier problema de salud que su bebé tenga:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. ¿Han sido diagnosticados estos problemas por el médico de su bebé?  Sí  No
21. ¿Qué actividades y juegos disfruta con su bebé?  
\_\_\_\_\_
22. Si pudiera desear un hábito saludable para su bebé en los próximos seis meses, ¿cuál sería?  
\_\_\_\_\_

**Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.**

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- How is feeding going? *(Fed by strict schedule or is schedule baby-led?)*
  
- How do you know your baby is hungry? *(Baby behavior)*  
How do you know your baby is full?
  
- How do you pump and store your milk? *(Assess for sanitation and proper storage)*
  
- How do you fix a bottle? *(Assess for sterilization, sanitation, proper dilution and mixing, and storage)*
  
- Tell me about foods the baby is taking. *(Assess for developmentally appropriate foods, developmental readiness for solids, early introduction of solids, sanitation, refeeding leftovers, using a spoon with solids)*
  - What foods are being offered?
  - How do you prepare baby's food?
  - How did you know it was time to offer foods?
  
- What concerns do you have about your baby's health?
  
- How do you care for your baby's gums and teeth?
  
- What has been helpful at this visit?

**Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.**