

Nutrición WIC/Evaluación de Salud

Infante

Fecha _____

(Objetivo de salud: Crecer y desarrollarse en un hogar nutritivo y aprender prácticas saludables de alimentación)

Nombre del bebé _____

1. ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?
_____ Libras _____ Onzas
2. ¿Cuánto midió el bebé al nacer?
_____ Pulgadas
3. ¿Nació el bebé antes de tiempo?
 Sí No
Si es así, ¿cuántas semanas antes de lo estimado?

4. ¿Cuántos pañales moja el bebé en un día (24 horas)?

¿Cuántos pañales ensucia su bebé en un día (24 horas)?

5. ¿Está puesto en custodia estatal actualmente el bebé?
 Sí No
Si es así, ¿ha cambiado hogares en los últimos 6 meses?
 Sí No
6. ¿Su bebé toma un suplemento de vitaminas/minerales/herbal?
 Sí No
¿Contiene el suplemento vitamina D?
 Sí No
7. ¿Cuándo va su bebé al doctor o a la clínica?
 A chequeos regulares
 Solo cuando está enfermo
 Nunca
8. ¿Cómo describiría la hora de alimentar a su bebé?
 Siempre agradable
 Regularmente agradable
 Algunas veces agradable
 Nunca agradable
9. ¿Cómo sabe cuando su bebé tiene hambre?
 Llora Se fastidia
 Se chupa los dedos/manos Otro
10. ¿Cómo sabe cuando su bebé está lleno?
 Se queda dormido Voltea la cabeza Otro
 Aprieta los labios Juega/tira la comida
11. ¿Tiene este bebé intolerancia a la lactosa?
 Sí No
12. ¿Qué tipo de leche le da a su bebé?
 Leche materna
 Fórmula para bebés fortificada con hierro
Marca _____
 Fórmula con bajo hierro
 Leche de vaca
 Leche de cabra
 Leche evaporada
 Leche no fortificada o imitación
 Leche de soya

Fecha de nacimiento _____

13. ¿Si mezcla la fórmula, ¿qué tipo de agua utiliza?
 Pública/de la llave Agua destilada
 Agua embotellada Agua de pozo para beber
 Agua "Nursery"
14. ¿Contiene fluoruro el suministro de agua de este bebé?
 Sí No Se desconoce
15. ¿Cuántas onzas se toma regularmente su bebé cada vez que lo alimenta? _____ Onzas
16. ¿Cuántas veces alimenta a su bebé en 24 horas?

17. ¿Qué otras bebidas pone en el biberón?
 Soda/refresco de cola Té/café
 Jugo Pedialyte
 Agua Otro
 Kool-Aid Ninguno
18. ¿Sostiene a su bebé en sus brazos cuando lo alimenta?
 Sí No
19. ¿Su bebé se lleva un biberón a la cama en las noches o carga un biberón consigo durante el día?
 Sí No
20. ¿Agrega miel de abeja, jarabe de maíz o azúcar al biberón de su bebé o sumerge el chupón de su bebé en miel de abeja, jarabe de maíz o en azúcar?
 Sí No
21. ¿Esteriliza las botellas y/a los mamilas antes de alimentar el bebé?
 Sí No
22. ¿En el lugar donde vive este bebé hay una estufa, horno y refrigerador que funcionan?
 Sí No
23. ¿Este bebé come las siguientes?
 Carne cruda o no cocinada completamente como pescado, pollo, o huevo
 Leche no pasteurizada o queso casero
 Carnes frías en emparedados o salchichas (hot dogs)
 Brotes de vegetales crudos
 Jugo no pasteurizado
 Ninguno
24. ¿Marque lo que come su bebé?
 No come alimentos sólidos Cereal
 Vegetales Frutas
 Carnes Comidas para bebé
 Postres Comidas para niños de 1 y 2 años
 Comida de mesa Huevos

Nombre del bebé _____

Fecha de nacimiento _____

25. ¿Se le dio al bebé algún otro alimento además de la leche materna o fórmula antes de que tuviera 4 meses de edad?

Sí No

26. ¿Le da cereal u otro alimento sólido al bebé en un biberón o vaso especial para alimentar infantes?

Sí No

27. ¿Algunas veces le da fórmula que haya quedado de cuando lo alimentó anteriormente, o le da comida de bebé del frasco, que le haya quedado anteriormente?

Sí No

28. ¿Qué puede hacer su bebé? (Marque todo lo que aplica.)

- Usa una cuchara
- Se sienta con apoyo
- Bebe de un vaso que usted sostiene
- Duerme más de 6 horas a la vez
- Se lleva los objetos a la boca

29. Tuvo problemas médicos o de salud con este embarazo?

Sí No

Describe.

**Preguntas Sobre la Lactancia (Circule Sí o No.)
(Si no le da pecho, pase a la pregunta 35.)**

30. ¿Su bebé parece quedar satisfecho después de alimentarlo?

Sí No

31. ¿Puede su bebé prenderse de su seno sin dificultad?

Sí No

32. ¿Puede oír que el bebé está tomando mientras le da pecho?

Sí No

33. ¿Sus senos se sienten llenos antes de alimentarlo y suaves después de alimentarlo?

Sí No

34. ¿Hay algún problema con sus senos o con la lactancia?

Sí No

Describe:

35. ¿Actualmente tiene el bebé algo de lo siguiente, **de acuerdo a lo diagnosticado por algún profesional médico?**

Problema	Sí	No
Problemas de crecimiento		
Problemas dentales		
Cáncer		
Enfermedad celiaca		
Desórdenes del sistema nervioso, como epilepsia, parálisis cerebral, o espina bífida		
Retraso de desarrollo, sensorial o motriz que afecte lo que ingiere		
Diabetes		
Alergias a alimentos Lista:		
Trastornos gastrointestinal como úlceras, enfermedad del hígado, problemas del páncreas, o enfermedad de la vesícula		
Desórdenes genético y congénito como labio leporino, paladar hendido, Talasemia mayor, síndrome de Down, o anemia drepanocítica (células falciformes)		
Hipertensión (alta presión arterial), pre hipertensión		
Hipoglucemia (baja azúcar de la sangre)		
Errores congénitos del metabolismo como la fenilcetonuria o galactosemia		
Enfermedades infecciosas como la hepatitis, VIH, TB, o SIDA		
Otras condiciones médicas como lupus, enfermedad del corazón, fibrosis quística, o asma con medicamento diario		
Cirugía mayor, accidentes, o quemaduras recientes		
Enfermedad de los riñones		
Problemas de la tiroides		
Otras condiciones diagnosticadas Lista:		

Firma de la persona que llenó esta forma

Fecha

Relación con el bebé

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

CPA Signature/Title _____ Date _____