

# 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 \_\_\_\_\_