

Bebés (Nacimiento - 12 meses)
Cuestionario de Nutrición (Español)

1. Seleccione todo lo que su bebé ha tenido en el mes pasado:

- ☐ diarrea ☐ estreñimiento ☐ vómitos ☐ náusea ☐ reflujo ☐ vómito leve ☐ dificultad para tragar ☐ problemas dentales
☐ dieta especial _____ ☐ problema médico o de salud _____ ☐ alergia o problema alimenticio _____ ☐ ninguno(a)

2. ¿Su bebé toma?

- ☐ medicina _____ ☐ té herbal/ productos herbales _____
☐ vitaminas / minerales _____ ☐ remedios caseros _____ ☐ ninguno(a)

3. Seleccione todo lo que su bebé usa para comer o beber:

- ☐ Pecho ☐ los dedos ☐ una taza/vaso ☐ cuchara o tenedor ☐ biberón ☐ vasito para bebé ☐ otro _____

4. ¿Su estufa, refrigerador, y fregadero, están en buenas condiciones? ☐ Sí ☐ No

5. ¿En 24 horas, cuantos pañales mojados y/o sucios tiene su bebé? Pañales húmedos _____ pañales sucios _____

6. Seleccione todo lo que le esté dando de comer a su bebé, y responda las siguientes preguntas:

- ☐ **Leche materna** ¿Cuántas veces da pecho o leche materna en un día (24 horas)? _____
¿Por cuánto tiempo planea dar pecho (leche materna)? _____
¿Está teniendo problemas dando pecho, o tiene preguntas acerca de dar pecho? ☐ Sí ☐ No _____
¿Se saca la leche con una bomba / maquina? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuántas veces por día? _____
- ☐ **Fórmula infantil** Nombre de la fórmula _____
¿De qué tipo? ☐ Líquido o concentrado ☐ en polvo ☐ lista para servir
¿Cómo prepara la leche? Concentrado o Líquido: _____ onzas de la fórmula para _____ onzas de agua
Polvo: _____ cucharadas de leche para _____ onzas de agua
¿Cuántos biberones toma su bebé en un día (24 horas)? _____ ¿Cuántas onzas hay en cada biberon? _____
¿Qué tipo de agua usa para mezclar la fórmula? ☐ de ciudad ☐ de pozo
☐ agua en botella ☐ agua "para bebé " en botella
¿Hierve el agua que usa para la fórmula/leche? ☐ Sí ☐ No Si la hierve, ¿por cuánto tiempo? _____ minutos
¿Cómo limpia los biberones? _____

7. Seleccione "Sí" o "No" para cada pregunta:

- ¿Su bebé duerme con una botella o biberón? ☐ Sí ☐ No
¿Su bebé toma de un biberón que tiene que estar sostenido? ☐ Sí ☐ No
¿Agrega cereal, otras comidas, o jugo en el biberón de su bebé? ☐ Sí ☐ No
¿Su bebé toma leche materna o fórmula que ha estado en el refrigerador por más de 24 horas? ☐ Sí ☐ No
¿Su bebé toma leche materna o fórmula que ha estado en el biberón mas de 1 hora? ☐ Sí ☐ No
¿Su bebé toma leche materna o fórmula que sobró de un biberón anterior? ☐ Sí ☐ No

8. Seleccione todos los alimentos o bebidas que le ofrece a su bebé:

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| ☐ leche materna | ☐ Gatorade® | ☐ comidas mezcladas | ☐ carnes frías | ☐ miel de maíz | ☐ nueces, semillas |
| ☐ leche de vaca | ☐ Kool-Aid® | ☐ carnes | ☐ perros calientes / salchichas | ☐ miel | ☐ mantequilla de cacahuete |
| ☐ leche de cabra | ☐ soda /gaseosa | ☐ frutas | ☐ pescado | ☐ yema de huevo (amarilla) | ☐ palomitas de maíz |
| ☐ leche de soya | ☐ té | ☐ verduras | ☐ mariscos | ☐ clara de huevo | ☐ dulces duros |
| ☐ agua | ☐ bebidas de fruta | ☐ postres | ☐ papas fritas | ☐ queso | ☐ malvavisco, nube o esponjita (marshmallow) |
| ☐ otro _____ | ☐ jugo 100% de fruta | ☐ cereal | ☐ comida de adultos | ☐ yogurt | ☐ sal y salsa agregadas |

¿Cómo sabe cuando su bebé tiene hambre? _____

¿Cómo sabe si su bebé está lleno? _____

9. ¿Tiene preguntas o preocupaciones acerca de la salud, dieta, alimentación, crecimiento o desarrollo de su bebé?

- ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, ¿cuales? _____

10. Por favor, ofrezca algunas sugerencias sobre lo que puede hacer WIC para servirle mejor a usted y a su familia.



Infant's Name: _____
 ID# _____
 Date of Birth: _____ Age _____
 Name of Parent/Guardian: _____

For Staff use Only

Nutrition Education Flow Sheet (Infant)

✓ Topics Discussed		Primary Education	Secondary Nutrition	Secondary Nutrition
			Date: _____ *Sign./Title: _____	Date: _____ *Sign./Title: _____
	Reinforce Good Points in Diet			
	Nutritional Value of WIC Foods			
Breastfeeding	Assessment of Latch & Positioning			
	Frequency/Duration/Encouragement			
	Supply & Demand / Supplementing			
	Growth Spurts			
	Problems / Barriers (Specify)			
Formula	Iron Fortified Formula			
	Formula Preparation			
	Techniques of Bottle Feeding			
General Nutrition	Spitting Up / Reflux			
	Delay Solids Until 5-6 Months			
	Beginning Solids (Type & Amounts)			
	Iron Fortified Infant Cereal			
	Offer Water Daily When Starting Solids			
	Single Food Introduction (Baby Foods)			
	Prevention of Choking			
	Encouraging Self Feeding Skills			
	↓ Empty Calories & Sweet Drinks			
	Dental Care / Weaning to Cup / Baby Bottle Caries			
Parenting Skills	Modeling Positive Behaviors			
	Stress Free Feeding			
	Picky Eating			
	Goal Setting			
	Immunizations			
	*Alcohol, Tobacco, Drugs & other Harmful Substances			
	Other: (Specify)			
Risk 401 – (Other Dietary Risk) Risk of Inappropriate Complementary Feeding Practices Only use if no other risk is identified.				

Inappropriate Nutrition Practices for Infants

WIC Risk 400: Inappropriate Nutrition Practices. If yes, document how.
☐ Yes ☐ No

- ☐ Breastmilk or Formula Substitute.^(6,8)

- ☐ Inappropriate use of bottles or Sugar-Containing Fluids.^(7,8)

- ☐ Inappropriate Introduction of Solid Foods.⁽⁸⁾

- ☐ Feeding Practices not Developmentally Appropriate.^(3,8)

- ☐ Potentially unsafe food consumption.^(6,7,8)

- ☐ Inappropriate Formula Preparation.⁽⁶⁾

- ☐ Restrictive Nursing.⁽⁶⁾

- ☐ Restrictive Diet.^(6,8)

- ☐ Lack of proper Sanitation.^(4,6,7)

- ☐ Potentially Harmful Dietary Supplements.⁽²⁾

- ☐ Lack of Essential Dietary Supplements.⁽²⁾

Note: the number(s) after each statement correspond to the related nutrition questionnaire.

*Required Documentation

Primary Nutrition Contact

Comments:	
*Plan / Goals:	
*Sign./Title/Date: _____	