



PREGUNTAS DE NUTRICION PARA BEBES (Del nacimiento a los 4 meses)

Nombre del bebé:	Fecha de nacimiento:
Edad de la madre: 19 años o menos 20 años o más	Nombre de la persona que completa este formulario:

Favor de circular o escribir su respuesta a las siguientes preguntas:

1. Si usted amamanta a su bebé:
 ¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) usted amamanta? _____
 ¿Por cuánto tiempo mama su bebé cada vez que lo alimenta? _____
 ¿Cómo le va dando pecho? (no muy bien) 1 2 3 4 5 (muy bien)
 ¿Tiene formula en casa? Si No

2. Si usted alimenta a su bebé con formula:
 ¿Cuál marca de formula le da a su bebé? _____
 ¿De cuál? Polvo Lista para tomar Concentrada
 Explique como mezcla la formula: _____
 ¿Cuántas onzas de formula prepara por cada alimento? _____
 ¿Cuántas onzas de formula toma su bebé en cada alimento? _____
 ¿En 24 horas cuántas veces toma su bebé un biberón con formula? _____
 ¿Cómo le va alimentando a su bebé con formula? (no muy bien) 1 2 3 4 5 (muy bien)

3. Si su bebé toma del biberón:
 ¿Cuáles son los lugares en los que su bebé toma del biberón?
 Cama Carriola Asiento del carro En los brazos de alguien En la silla alta
 Otro _____
 ¿Qué toma su bebé en el biberón?
 Nada Agua de arroz Leche materna
 Cereal Jugo Refresco
 Formula Limonada Café
 Agua Gatorade Te
 Agua con azúcar Kool Aid o Ponche Te de Manzanilla
 Agua con miel Agua de gelatina Pedialyte
 Agua con miel Karo Leche (Descremada, Baja en Grasa, Entera, Baja en Lactosa) Otro _____

Voltee la hoja →

For Staff Use Only:
 Date: _____ WIC Staff Name: _____
 WIC I.D. #: _____ Baby's: Length _____ Weight _____
Immunization Assessment:
 DTaP doses needed by this age:

3 mo.	5 mo.
1	2

 Check (√) current IZ status below for all infants:

__UTD	__Not UTD (Ref. & Ed. given)	__No IZ Card	__N/A
-------	------------------------------	--------------	-------

 If baby was enrolled by phone, update 'Presence at certification' in ISIS _____ Completed _____ N/A



4. ¿Cuáles alimentos come su bebé?

No come todavía

Carnes

Postres para bebe

Cereal para bebé: Arroz, Avena, Cebada o Mixto

Yemas de huevo

Otro _____

Verduras/Carnes

Clara de huevo

Verduras

Todo el huevo

Frutas

5. ¿Cuándo es la próxima cita para el bebé con el doctor? _____

6. ¿Cuál de estos le da a su bebé? Ninguno Vitaminas Fluoruro Hierro en gotas
Medicina Otro _____

7. ¿Cuál de estos tiene su bebé actualmente? Ninguno Alergias Estreñimiento Diarrea Colico
Otro _____

8. En las últimas 24 horas (día y noche), ¿Cuántos pañales mojó su bebé? _____
¿Cuántos pañales ensució (popo) su bebé? _____

9. Circule las maneras en que describiría la popo de su bebé:

Firme

Dura y Bolitas

Suave

Aguada

Otra _____

10. ¿Cómo sabe cuando se bebé está listo para comer? _____
¿Cómo sabe cuando su bebé está satisfecho? _____

11. ¿Tiene su bebé algún problema chupando o tragando? (¿Le toma mucho tiempo alimentarlo?) Si No

12. ¿Le preocupa que su bebé llore mucho? Si No

13. ¿Le preocupa que su bebé no esté durmiendo suficiente o que duerme demasiado? Si No

14. ¿Quién le ayuda en casa? _____

15. ¿Cuáles preguntas sobre nutrición o salud le gustaría hacerle a su consejero de WIC el día de hoy? _____
