



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 lllore 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? _____
