



PREGUNTAS DE NUTRICIÓN PARA BEBÉ Y NIÑO (5 a 23 meses)

Nombre del Bebé/ Niño:	Edad del Bebé/Niño (en meses):
Edad de la madre (circule): 19 años o menos 20 año o más	Nombre de la persona que completa este formulario:

Favor de circular o escribir sus repuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo es la siguiente cita con el doctor de éste bebé/niño? _____
- Le doy a mi bebé/niño: Vitaminas Fluoruro Hierro en gotas Medicina Ninguno Otro _____
- Mi bebé/niño tiene actualmente: Alergias Estreñimiento Diarrea Ninguna de estas
- Mi bebé/niño tuvo una prueba de sangre para detectar PLOMO: No Sí Si respondió sí, ¿cuándo? _____
- ¿Qué tan seguido se queda usted sin dinero o sin estampillas de comida (o EBT) para comprar comida?
Seguido A veces Nunca
- ¿Cómo sabe cuando su bebé/niño está listo para comer? _____
¿Cómo sabe cuando su bebé/niño está satisfecho? _____
- Si amamanta a su bebé/niño:
¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) amamanta usted? _____
¿Durante cuánto tiempo le gustaría amamantar a se bebé/niño? _____
¿Cómo le va amamantando? (No muy bien) 1.....2.....3.....4.....5 (Muy bien)
- Si alimenta a su bebé/niño con fórmula:
¿Qué tan seguido toma su bebé/niño un biberon con fórmula? _____
¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé/niño cada vez que lo alimenta? _____
¿Cuál marca de formula le da a su bebé/niño? _____
Explique cómo prepara la fórmula. _____
¿Cómo le va alimentando con fórmula? (No muy bien) 1.....2.....3.....4.....5 (Muy bien)
- ¿En cuáles lugares toma su bebé/niño el biberón? Cama Carriola Asiento de seguridad
Los brazos de alguien Periquera Sostiene su biberón Otro _____

Voltee la hoja →

For Staff Use Only:		Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Height _____	Weight _____	Please circle: SR SM SA/SH
Immunization Assessment:			Pronto: Y N
DTaP doses needed by this age:		Check (✓) current IZ status below for all infants:	
3 mo. 1	5 mo. 2	7 mo. 3	19 mo. 4
___UTD		___ Not UTD (Ref. & Ed. given)	
___No IZ Card			
Hgb/Hct in ISIS: _____ YES: Date of Blood Test _____ NO: Referral Given, HOLD Placed			



10. ¿Qué toma su bebé/niño en el biberón o en la taza?

Agua	Agua de arroz	Kool Aid o Ponche	Leche materna
Agua con azúcar	Cereal	Refresco	Café
Agua con miel	Leche descremada	Limonada	Té
Agua con miel Karo	Leche baja en grasa	Jugo	Pedialyte
Agua de gelatina	Leche entera	Gatorade	Té de Manzanilla
Otros _____			

11. ¿Qué le da de comer a su bebé/niño? Comida casera Comida de bebé en frasco

Ambos No le doy comida todavía

12. ¿Cuáles texturas de comida le da a su bebé/niño? Molida Machacada

Picada Pedazos suaves Otros _____

13. ¿Cuáles alimentos come su bebé/niño?

Cereal frío / caliente	Res / Pollo / Pescado	Frutas	Yogurt	Galletas saladas
Arroz	Huevos Yemas / Claras	Verduras	Helado	Dulce
Fideos/Espaguetti	Crema de cacahuete	Frijoles	Pudín / Flan	Nueces
Tortillas	Banderillas	Sopas	Paletas	Palomitas
Pan/Pan tostado	Salchichas	Queso	Pasas	Galletas
Papas fritas	Frituras	Tofú	Miel	
Otro (enliste) _____				

14. ¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su bebé/niño? Tierra Arcilla Fibras de alfombra

Colilla de cigarro Pintura descascarada Polvo Cenizas
Espuma sintética Crayones Ninguna Otro (enliste) _____

15. Mi bebé/niño usa lo siguiente para comer y para tomar: Biberón Taza Taza entrenadora

Cuchara Tenedor Dedos

16. ¿Cuántas **HORAS al día**:

a. está en su casa la TV prendida? _____ horas al día
b. ve TV, usa la computadora o juega videojuegos su bebé/niño? _____ horas al día

17. ¿Cuáles preguntas sobre nutrición y salud le gustaría hacerle a su consejero de WIC? _____

For Staff Use Only

Circle Chart