

Evaluación de nutrición/de salud del WIC - Lactante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿Cuántas semanas de gestación tenía su bebé al nacer?
_____ semanas
2. ¿Cuánto pesó el bebé al nacer? _____ lb _____ oz
3. ¿Cuánto medía el bebé al nacer? _____ pulgadas
4. Alimento a mi bebé con:
☐ Leche materna de la madre del bebé
☐ Leche materna de otra fuente
☐ Fórmula: _____
☐ Agua
☐ Jugo
☐ Té/café/refrescos/Kool-Aid
☐ Pedialyte/Gatorade
☐ Otros: _____
5. ¿Cuántas veces alimenta a su bebé en 24 horas? (Incluya las veces de día y de noche)
Leche materna _____ Fórmula _____ oz
6. Si usa biberones, ¿cuántas onzas bebe su bebé cada vez que lo alimenta?
Leche materna _____ oz Fórmula _____ oz
7. Si prepara fórmula, ¿qué tipo de agua usa?
_____ ☐ N/A
8. Si su bebé no se termina el biberón, ¿guarda lo que sobra para otra vez que lo alimente? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
9. ¿Se pone en el biberón algo distinto a leche materna, fórmula o agua? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
10. ¿Bebe su bebé un biberón en la cama o lo lleva con él durante el día? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
11. ¿Sostiene a su bebé durante la alimentación?
☐ Sí ☐ No
12. Si está amamantando, ¿cómo le va?

¿Extrae y guarda leche materna? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Come su bebé alguna comida sólida?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Si respondió Sí, marque todo lo que se aplique:
☐ Frutas ☐ Carnes
☐ Vegetales ☐ Huevos
☐ Cereales ☐ Otros: _____
14. ¿Se introdujo comida a su bebé antes de los 6 meses de edad? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Se le ofrece a su bebé algo de lo siguiente? Marque todo lo que se aplique:
☐ Carne, pescado, aves de corral y huevos crudos o poco cocinados
☐ Brotes crudos, como los brotes de alfalfa o de frijoles
☐ Sin calentar: fiambres, hot dogs, carnes procesadas
☐ Quesos blandos sin pasteurizar, como el brie, el feta, el queso fresco
☐ Leche o jugos crudos o sin pasteurizar
☐ Miel
16. ¿Toma su bebé vitaminas o minerales todos los días?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Si respondió Sí, ¿se toman según las instrucciones?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Toma su bebé un suplemento de vitamina D?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Toma su bebé algún suplemento de hierbas o de origen botánico? ☐ Sí ☐ No
17. ¿Cuántos pañales moja su bebé en 24 horas? _____
18. ¿Visita su bebé a un proveedor de atención médica para chequeos médicos de rutina? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Tuvo la madre algún problema médico o de salud durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Tuvo su bebé algún ingreso al sistema de crianza temporal en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
21. ¿Cambió su bebé de casa de crianza temporal en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
22. ¿Qué problemas de salud tiene su bebé, si es que tiene alguno?

¿Diagnosticó el proveedor de atención médica de su bebé estos problemas médicos? ☐ Sí ☐ No
23. ¿Cómo es la atención de las encías y los dientes de su bebé?

24. ¿Sobre qué le gustaría hablar o aprender más hoy?
☐ Sueño saludable
☐ Actividades de recreación
☐ Alimentación de mi bebé
☐ Atención de las encías y los dientes del bebé
☐ Lactancia materna
☐ Otros: _____

Solo para uso del personal:

- ¿Cómo está la alimentación? ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre/lleeno? ¿Cómo prepara un biberón?

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.