

Cuestionario de Alimentación Para Niño Que Empieza Andar (6 - 24 meses)

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del bebé: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

- 1) Por favor marque todos los siguientes que tenga que le funcionen. Estufa Horno Microondas Refrigerador
- 2) ¿Qué es lo que bebe usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.) Leche de pecho Fórmula
 Leche de Vaca Leche de Cabra Leche Condensada Leche Evaporada Soya
 Té endulzado Agua Soda/Kool-Aid Jugo/Bebidas de Jugo Té de Hierbas
 Gatorade/Bebidas deportivas Otro: _____
- 3) ¿Qué usa su niño/a para beber? (Por favor marque todos los que apliquen.) Pecho Biberón Vaso de bebe Vaso
- 4) Su niño/a camina por la casa algunas veces con el vaso o biberón? No Sí
- 5) ¿Como le va con la lactancia? _____ El Niño no amamanta
a) ¿Cuántas veces amamanta su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
b) ¿Puede escuchar a su niño/a tragar durante la lactancia? No Sí
- 6) ¿Cuántos pañales mojados tiene su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
- 7) ¿Cuántos pañales sucios tiene su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
- 8) ¿Bomba o exprime la leche de su pecho para su niño/a? No Sí
a) ¿Cómo almacena la leche de pecho? Refrigerador Congelador Otro _____
b) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho en el refrigerador antes de que la tire? _____ horas
c) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho después que la descongelo? _____ horas
- 9) Por favor marque todo lo que consuma su niño/a que pudieran estar en el biberón en un día normal. El niño/a no toma biberón
 Leche (incluyendo leche de pecho) Fórmula Agua Jugo/Bebidas de Jugo Cereal
 Soda /Kool-Aid/Té azucarado Jarabe de maíz Miel Comida de Bebé Otro _____
a) ¿Qué hace con la leche o la fórmula que sobra en el biberón?
 La dejo afuera para después dársela La pongo nuevamente dentro del refrigerador para después usarla
 La tiro Otro _____
b) ¿Cuánto tiempo deja el biberón sentarse en temperatura ambiente? _____ horas
c) ¿Apoya el biberón de su niño/a algunas veces con una almohada, una manta, un animal de peluche, etc.? No Sí
- 10) ¿Qué fórmula toma su bebé? _____ (con hierro bajo en hierro) El niño/a no toma fórmula
a) ¿Qué tipo de fórmula usted usa? Concentrada Polvo Lista-para-alimentar
b) ¿Cómo mezcla la fórmula? _____ cantidad de agua _____ cantidad de fórmula
i) ¿Qué clase de agua utiliza usualmente para preparar la fórmula? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
ii) ¿Usted le agrega algo más a la fórmula aparte del agua? No Sí, ¿Qué? _____
c) ¿Calienta la fórmula? No Sí, ¿Cómo? _____
d) ¿Cuántas veces toma su niño/a fórmula durante un día normal? _____
e) ¿Cuánta fórmula toma su niño/a en cada alimentación? _____ onzas
f) ¿Cómo almacena la fórmula después que la mezclo?
 No la almaceno, se la doy al niño/a enseguida Refrigerador Congelador Otro _____
g) ¿Cuánto tiempo guarda la fórmula mezclada en el refrigerador antes de tirarla? _____ días
h) ¿Cuánto tiempo le dura un bote de fórmula? _____
- 11) ¿Cuántas veces al día bebe leche su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma leche
a) ¿Cuánta leche bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
b) ¿Qué clase de leche bebe usualmente su niño/a?
 Vaca (____ Entera (Vitamina D) _____ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%) _____ Descremada)
 Sin Lactosa Cabra Evaporada Condensada Soya Arroz Otro: _____
c) ¿Usted le agrega sabor a la leche? No Sí, ¿Qué? _____
- 12) ¿Cuántas veces al día bebe agua su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma agua
a) ¿Cuánta agua bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
b) ¿Qué clase de agua bebe usualmente su niño/a? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
c) ¿Usted agrega a veces algo más al agua? No Sí, ¿Qué? _____

- 13) ¿Cuántas veces al día bebe jugo su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma jugo
- a) ¿Cuánto jugo bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
- b) ¿Qué clase de jugo o bebidas de jugo bebe usualmente su niño/a? _____
- c) ¿Usted diluye el jugo con agua? No Sí
- 14) ¿Cuándo empezó su niño/a a comer algo más aparte de leche de pecho o fórmula?
- Todavía no empieza 0-3 meses 4-6 meses después de 7 meses
- a) ¿Qué clases de comidas come su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.)
- Comida de bebé (___ Cereal, ___ Frutas, ___ Verduras, ___ Carnes, ___ Platillos preparados, ___ Postres)
- Comida de mesa (___ En puré/mezclada, ___ En trozos finitos, ___ En trozos gruesos/rebanadas)
- Otro: _____
- b) A la hora de comer, ¿Cuántas veces come su niño/a la misma comida que el resto de la familia?
- La mayoría de las veces A veces Rara vez, ¿Qué come su niño/a? _____
- c) ¿Cómo alimenta a su niño/a estas comidas? (Por favor marque todos los que apliquen.)
- Biberón Cuchara Dedos/Se alimenta solo
- d) ¿Se pueda alimentar solo su niño/a? No Sí
- 15) ¿Cuántas veces come su niño/a en un día normal? Comidas _____ Meriendas _____
- 16) Por favor marque las situaciones que describen como su niño/a come normalmente. (Por favor marque todos los que apliquen.)
- En la cama/cuna En las manos de un adulto/piernas En una silla de carro En una silla alta A una mesa En el sofá
- En casa En un restaurante/comida rápida En el coche En la guardería/Head Start/pre-kinder
- Con la Televisión prendida Con la familia/amigos Solo Otro: _____
- 17) ¿Qué clase de meriendas come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.) El niño/a no come aperitivos
- Frutas Bocadillos de Frutas Galletas / Pastelitos Galletas Honey Graham Cereal / Barras de Cereal Nueces
- Papas Fritas Dulces Palomitas de maíz Pretzels Galletas de sal Nieve Otro _____
- 18) ¿Cuántas veces al día come su niño/a frutas y verduras (no jugo) durante un día normal? _____
- ¿Cuáles frutas y/o verduras come su niño/a usualmente? (Marque todos los que apliquen.) El niño/a no come frutas o verduras
- Manzanas/Puré de Manzana Plátano Uvas Naranjas Peras Papas Papas Francesas Maíz
- Ejotes Zanahorias Los Brotes Tomate Otro: _____
- 19) ¿Cuántas veces al día come su niño/a comidas con proteína durante un día normal? _____
- El niño/a no come comidas con proteína
- ¿Cuáles comidas con proteínas come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)
- Res/Búfalo Pollo/Pavo Pescado/Mariscos Puerco/Cordero Salchichas/Carnes de almuerzo Huevo
- Crema de cacahuete Frijoles secos/enlatados Tofu Yogurt Quesos Duros (Americano, Cheddar, Suizo...)
- Quesos Suaves (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco) Otro _____
- 20) ¿Qué cosas dulces come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.) El niño/a no come cosas dulces
- Azúcar Miel Almíbar Dulces Otro _____
- ¿Cómo se los come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)
- Agregados a /en bebidas En bebidas pre-endulzadas En el chupón
- Agregados a /en la comida En comidas dulces (dulces, galletas, pasteles, etc.) Otro _____
- 21) ¿Su niño/a come regularmente algo que no sea comida como tierra, papel, crayolas, comida de la mascota o pedacitos de pintura?
- No Sí, Por favor escríbalo: _____
- 22) ¿Tiene su niño/a algún problema de salud/médico/dental? No Sí, Por favor escríbalo: _____
- ¿Fue este problema diagnosticado por un doctor? No Sí
- 23) Por favor marque y describa todo lo siguientes que su niño/a por lo general toma.
- Medicina sin receta (medicina para resfriado, para dolor, etc.) _____
- Medicamento recetado _____
- Vitaminas y/o suplemento de minerales _____
- Hierbas/ Suplementos de hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) _____
- Otro _____
- 24) ¿Se preocupa de cuánta cantidad come su niño/a? No Sí, Por favor explique _____
- 25) ¿Ha tenido su niño/a un examen del plomo re la sangre? No Sí Inseguro
- Si sí, ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? ___/___/_____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____
- 26) ¿Que le gusta de la alimentación de su niño/a? _____
- 27) ¿Qué le gustaría cambiar de la alimentación de su niño/a? _____