Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Lactantes 0 a 5 meses

Para completarse durante todas las visitas a WIC que hace el padre o guardián de los lactantes de 0 a 5 meses.

Por favor complete las preguntas sobre su bebé que se mencionan a continuación.

Género: (*Por favor marque***):** Hombre Mujer **Edad: _____** meses

Peso de su bebé al nacer ____ libras ___ onzas (103, 114, 134, 141, 142) Semanas de gestación al nacer _____ (121, 134, 142)

Información Médica:

1. ¿Tiene algún problema médico hoy su bebé? Resfrío Sarpullido Escupe excesivamente Diarrea Estreñimiento Otro: _____ (134, 341-362, 381, 382)

2. ¿Qué medicinas o suplementos alimenticios le da a su bebé? (marque todo lo que le da) Vitaminas Fluoruro

   Hierro (411.10-.11) Medicinas (por favor escríbalas): _____ (357)

3. ¿Es su bebé alérgico a algún alimento? Sí No

   Si lo es, por favor escriba el nombre del alimento al que su bebé es alérgico: _____ (353-355)

4. ¿Ha llevado a su bebé a ver al doctor desde que dejó el hospital? Sí No hemos hecho cita todavía

   No tengo seguro médico Si sí lo ha llevado, por favor escriba el nombre del doctor _____

5. ¿Cuántas veces defeca su bebé (hace caca), en un período de 24 horas? Menos de 5 6-8 9 o más (362,603,703,411.7-.8)

6. ¿Cómo es la caca de su niño? Consistencia: Suave/Como con semillas Suave Dura/Redonda

   Color: Verde Café Amarilla

7. ¿Usted le "cepilla" las encías/dientes a su bebé? Sí No (381)

Por favor marque las respuestas a las siguientes preguntas:

1. Alimentación

Por favor conteste las preguntas a continuación basándose en el método de alimentar a su bebé. Si su bebé toma leche de pecho y leche comercial, conteste todas las preguntas.

Amamantando (603, 411.7)	Alimentando con biberón, tipo de leche _____ (411.1, .6.8 &.9)
¿Siente usted que darle pecho a su bebé va bien para los dos hasta ahorita? Sí No	¿Cuántas onzas le da cada vez que le da el biberón? _____
¿Su bebé parece satisfecho después de mamar? Sí No	¿Cuántas onzas de leche prepara a la vez? _____
¿Cuántos minutos dura una alimentación normal? _____	¿Qué tipo de agua usa para preparar la leche comercial? _____
¿Puede oír a su bebé tragar cuando lo amamanta? Sí No	Si usted fuera a preparar 4 onzas de leche comercial, ¿cuánta leche le añadiría al agua? _____
¿Siente algún dolor en los pezones ahora? Sí No	¿Usa una taza para medir cuando prepara el biberón? Sí No
¿Siente que está teniendo el apoyo que necesita para continuar amamantando a su bebé? Sí No	Si su bebé no termina un biberón, ¿Qué hace usted con la leche que le queda? _____

b. ¿Siente que su bebé acepta la leche de pecho o la leche comercial bien? Sí No (342, 603)

   Si no, por favor explique _____

c. ¿Está usted dándole a su bebé algún otro alimento que leche de pecho o comercial? Sí No (411.1,.3 &.10)

Por favor enumere los otros alimentos que le ha dado a probar a su bebé: _____

d. ¿Le ha dado miel a su bebé? Sí No (411.3 &.10)

2. Manera de comer

a. ¿Cuántas veces en 24 horas alimenta a su niño?: _____ (411.7)

b. ¿Lo alimenta cuando él se lo pide? Sí No (411.7, 428)

c. ¿Cómo sabe cuándo alimentar a su bebé? Cuando está inquieto o cuando llora Cuando se mama la mano Cuando se mueve Cuando busca el pezón De acuerdo a un horario No sé cuándo lo necesita (411.4)

d. ¿Cómo sabe cuando su bebé está lleno? Cuando mama despacio Cuando cierra la boca Cuando aleja la cabeza del pecho o biberón Cuando escupe la leche Cuando se interesa en otras cosas Cuando se duerme No sé cuándo está lleno (411.1)

e. Cuando le da la leche materna o comercial en un biberón, ¿en dónde lo alimenta? (Marque todo lo que sea aplicable)
Lo pongo en mi regazo En su asiento para el coche En una silla alta Acostado en una cobija

3. Hábitos nutritivos (701)

a. ¿Cuál de lo siguiente deja que su bebé use cuando lo alimenta? (marque todo lo que lo deja usar)
Pecho Biberón Taza sin tapadera Taza para sorber Cuchara Sus dedos (425.4)

b. ¿Cómo describiría los hábitos nutritivos de su bebé? OK Difícil Come mucho Come muy poco (411.3, .4)

c. Yo me aseguro de que mi bebé come cierta cantidad de comida cada vez que lo alimento
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido (411.4)

d. ¿Alguna vez duerme a su bebé con el biberón en la boca? Sí (411.2) No Solo con agua

4. Crecimiento y desarrollo (362)

a. ¿Pone a su bebé en varias posiciones para ayudarlo a aprender cosas como dándose vuelta, moviéndose, gateando?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

b. ¿Habla usted con su bebé, le canta?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

c. ¿Le ofrece a su bebé objetos que pueda alcanzar?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

d. ¿Crea usted rutinas para su bebé?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

5. Preocupaciones: ¿Está preocupada por su peso? (114) Sí No

¿Está usted preocupada acerca del peso de alguno de sus niños? Sí No

¿Está preocupada acerca de los hábitos alimenticios de cualquiera de sus niños? Sí No

¿Está preocupada por el nivel de actividad de cualquiera de sus niños? Sí No

¿Hay algo que le preocupa que desee discutir hoy? Sí No

¿Se le acaba con frecuencia el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No
Algunas veces

Por favor escriba otras preocupaciones que tenga aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Por favor regrese el formulario completo a la empleada (o empleado) de WIC.