

Cuestionario de Alimentación para Infantes (0 – 6 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 usualmente bebe su bebé? (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 bebe para beber? (Por favor marque todos los que apliquen.) Pecho Biberón Vaso antiderrame Vaso
- 4) ¿Cómo le va con la lactancia? _____ El bebé no amamanta.
a) ¿Cuántas veces amamanta su bebé en un periodo de 24-horas? _____
b) ¿Puede escuchar a su bebé pasarla la leche durante la lactancia? No Sí
- 5) ¿Cuántos pañales mojados tiene su bebé en un periodo de 24-horas? _____
- 6) ¿Cuántos pañales sucios tiene su bebé en un periodo de 24-horas? _____
- 7) ¿Bombea o exprime la leche de su pecho para su bebé? No Sí
a) ¿Cómo almacena la leche de su pecho? Refrigerador Congelador Otro _____
b) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho en el refrigerador antes de tirarla? _____ horas
c) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho después que la descongelo? _____ horas
- 8) Por favor marque todo lo que su bebe consuma en el biberón en un día normal. El bebé no toma biberón
 Leche (incluyendo leche de pecho) Fórmula Agua Jugo/Bebidas de Jugo Cereal
 Soda/Kool-Aid/ Té endulzado 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 dársele La pongo nuevamente dentro del refrigerador para después usarla
 La tiro Otro _____
b) ¿Cuánto tiempo deja el biberón sentarse en temperatura ambiente? _____ horas
c) ¿Usted apoya el biberón de su bebé algunas veces con una almohada, una manta, un animal de peluche, etc.? No Sí
- 9) ¿Qué Fórmula toma su bebé? _____ (con hierro bajo en hierro) El bebé no toma Fórmula
a) ¿Qué tipo de Fórmula usted usa? Concentrada Polvo Lista-para-alimentar
b) ¿Cómo mezcla la Fórmula? _____ cantidad de agua para _____ cantidad de Fórmula.
• ¿Qué clase de agua utiliza usualmente para preparar la Fórmula? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
• ¿Usted a veces agrega algo más a la Fórmula aparte del agua? No Sí, ¿Qué? _____
c) ¿Calienta la Fórmula? No Sí, ¿Cómo? _____
d) ¿Cuántas veces toma su bebé Fórmula durante un día normal? _____
e) ¿Cuánta Fórmula toma su bebé en cada alimentación? _____ onzas
f) ¿Cómo almacena la Fórmula después que la mezclo?
 No la almaceno, se la doy al bebé enseguida Refrigerador Congelador Otro _____
g) ¿Cuánto tiempo guarda la Fórmula mezclada en el refrigerador antes de tirarla? _____ días
h) ¿Cuánto le dura un bote de Fórmula? _____

- 10) ¿Cuántas veces al día bebe agua su bebé durante un día normal? _____ El bebé no bebe agua
- a) ¿Cuánta agua bebe su bebé cada vez? _____ onzas
- b) ¿Qué clase de agua bebe su bebé usualmente? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
- c) ¿Usted a veces agrega algo más al agua? No Sí Inseguro
- 11) ¿Cuántas veces al día bebe jugo su bebé durante un día normal? _____ El bebé no bebe jugo
- a) ¿Cuánto jugo bebe su bebé cada vez? _____ onzas
- b) ¿Qué clase de jugos o bebidas de jugo bebe usualmente su bebé? _____
- c) ¿Usted diluye el jugo con agua? No Sí
- 12) ¿Cuándo empezó su bebé a comer algo más aparte de leche de pecho o fórmula?
- Todavía no empieza 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses
- a) ¿Qué clases de comida come su bebé? (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) ¿Cómo alimenta a su bebé estas comidas? (Por favor marque todos los que apliquen.)
- Biberón Cuchara Dedos/Se alimenta solo
- 13) Por favor marque la situación que mejor describen como su bebé come normalmente. (Por favor marque todos los que apliquen.)
- En la cama/cuna En una silla de carro En los brazos de un adulto/piernas En una silla alta
- En casa En una guardería/Head Start/pre-escuela Otro: _____
- 14) ¿Qué cosas dulces come su bebé usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.) El bebé no come nada dulce
- 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 comidas En comidas dulces (dulces, galletas, pasteles, etc.) Otro _____
- 15) ¿Tiene su bebé algún problema médico/salud/dental? No Sí, por favor escriba: _____
- ¿Fue el problema diagnosticado por un doctor? No Sí
- 16) Por favor marque y describa todo lo siguientes que su bebé por lo general toma.
- Medicina sin receta (medicina para resfriado, para dolor, etc.) _____
- Medicamento recetado _____
- Vitaminas y/o suplementos de minerales _____
- Hierbas/Suplementos de Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) _____
- Otro _____
- 17) ¿Se preocupa de cuánta cantidad come su bebé? No Sí, por favor explique: _____
- 18) ¿Qué le gusta de la alimentación de su bebé? _____
- 19) ¿Qué le gustaría cambiar de la alimentación de su bebé? _____