

## 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  Bocado 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
- 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? \_\_\_\_\_