



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES
EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
DEBE COMPLETARLO LA PERSONA QUE CUIDA AL BEBÉ		
1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho que su bebé tiene alguna enfermedad o padecimiento médico? [341-362]		
<input type="checkbox"/> Sí, Indique la enfermedad o padecimiento: _____		
<input type="checkbox"/> No		
¿Cuándo es la próxima cita médica de su bebé? Fecha: _____		
2. ¿Qué alimento le da a su bebé? (Escoja todas las que correspondan): [411.3]		
<input type="checkbox"/> Leche materna		
<input type="checkbox"/> Fórmula (Nombre) _____		
<input type="checkbox"/> Otros líquidos o bebidas (no fórmula para bebés): _____		
<input type="checkbox"/> Alimento para bebé o comida que se sirve a la familia/mesa _____		
3. ¿En cuáles lugares su bebé toma en biberón o en vaso? Escoja todas las que correspondan: [411.2]		
<input type="checkbox"/> Lactancia solamente / no biberones		
<input type="checkbox"/> Cama		
<input type="checkbox"/> Carriola		
<input type="checkbox"/> Asiento para el bebé		
<input type="checkbox"/> Cuando alguien lo carga		
<input type="checkbox"/> Sillita alta		
<input type="checkbox"/> El mismo se da el biberón		
<input type="checkbox"/> Otro _____		
4. ¿Usted moja el chupón de su bebé en azúcar, jarabe o miel o agrega azúcar, jarabe o miel a la leche materna o fórmula? [411.2] [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No		
¿Su bebé consume miel o algún alimento que contenga miel, como galletas graham, muffin, etc.?		
<input type="checkbox"/> Sí [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> No		
5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su bebé? (Escoja todos los que correspondan): [411.5]		
<input type="checkbox"/> Jugos frescos de frutas o verduras		
<input type="checkbox"/> Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)		
<input type="checkbox"/> Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco		
<input type="checkbox"/> Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos		
<input type="checkbox"/> Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)		
<input type="checkbox"/> Salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar		
<input type="checkbox"/> Nada de lo anterior		
6. ¿Ha notado algún problema oral o dental en su bebé? [381]		
<input type="checkbox"/> Sí, indique los problemas: _____		
<input type="checkbox"/> No		

Su Nutricionista CPA platicará sobre la manera de comer de su hijo(a) y hábitos de actividad y le hará más preguntas.