

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 0 < 6 MESES ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE CON LECHE MATERNA - CON SÓLIDOS

PREGUNTA		RIESGO/OBJETIVO
Le voy a hacer algunas preguntas sobre la salud y la nutrición de su bebé; luego, volveremos sobre aquellos temas que la preocupen o las consultas que desee hacer.		Establecer confianza
	¿Cómo está su bebé?	Establecer confianza
1.	¿Detectó su médico algún problema o trastorno de salud en su bebé? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	<Seleccione el(los) riesgo(s) médico(s) correspondiente(s)>
2.	¿Tuvo su bebé recientemente alguna cirugía importante o herida o quemadura grave? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Cirugía, golpe, quemadura importante reciente
3.	¿Toma su bebé algún medicamento? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Interacciones de la medicación con los nutrientes
4.	¿Le da a su bebé vitaminas u otros suplementos dietarios? • (En caso afirmativo) ¿Cuál y qué cantidad? • ¿Le está dando a su bebé un suplemento de vitamina D?	Suplementos inadecuados o excesivos suplemento vitamínico/mineral inadecuado
5.	Cuénteme cómo va el amamantamiento. • ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre? ¿Cuándo está satisfecho? • ¿Cuántas veces amamanta a su bebé en 24 horas? • ¿Cuánto tiempo toma de cada lado?	Relación que no estimula el desarrollo/la alimentación, complicaciones con el amamantamiento, poca frecuencia de amamantamiento (≤ 6 meses), alimentación muy restrictiva
6.	¿Le da a su bebé leche materna en un biberón? (En caso afirmativo) ¿Cuánto tiempo almacena la leche materna? a. (En caso afirmativo) ¿Qué hace con la leche materna que queda en el biberón después de alimentar al bebé? b. (En caso afirmativo) Cuando sale con su bebé todo el día, ¿cómo guarda la leche materna?	Manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula
7.	¿Su bebé se duerme con un biberón? • (En caso afirmativo) ¿Mientras tanto tiene usted a su bebé en brazos? • ¿Alguna vez agrega cereales al biberón?	Uso inadecuado del biberón/de la taza
8.	¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Qué cantidad? (Consultar si bebe leche de vaca, leche de cabra, bebidas deportivas, bebidas endulzadas, etc...)	Sustituto inadecuado de leche materna/fórmula, uso inadecuado de biberón/taza, ingestión de bebidas con azúcar

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 0 < 6 MESES ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE CON LECHE MATERNA - CON SÓLIDOS

PREGUNTA		RIESGO/OBJETIVO		
9.	¿Le ha ofrecido a su bebé una taza? • (En caso afirmativo) ¿Qué le pone en la taza?	Uso inadecuado del biberón/de la taza		
10.	¿Qué alimentos sólidos come su bebé? • ¿Qué cantidad? • ¿Le ha dado a su bebé alimentos para comer con las manos? (arvejas, rodajas de banana, Cheerios) • ¿Come su bebé uvas, pasas de uva, nueces, palomitas de maíz o papas fritas?	Introducción temprana de sólidos (< 4 meses), Relación que no estimula el desarrollo /la alimentación		
11.	Su bebé: -¿usa miel en el chupon o come galletas de miel? -¿bebe leche cruda o jugo exprimido? -¿come hot dogs sin calentar? -¿come huevos crudos o ligeramente cocidos?	Alimentos potencialmente contaminados		
12.	¿Limita usted la alimentación de su bebé por cualquier motivo?	Alimentación muy restrictiva alergia a los alimentos, intolerancia a la lactosa		
A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.		Transición		
13.	¿Fuma alguna persona en su casa? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Humo de segunda mano		
14.	¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimándola a usted o a su bebé? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Víctima de abuso (últimos seis meses)		
<p>Nota: Durante la entrevista de riesgo, tenga en cuenta los siguientes riesgos adicionales que no han sido incluidos en las preguntas anteriores:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso lento • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Cuidador adicto al alcohol/a las drogas • Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo) • Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Persona migrante • Persona sin hogar • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta. • Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (< 6 meses) </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso lento • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Cuidador adicto al alcohol/a las drogas • Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo) • Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona migrante • Persona sin hogar • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta. • Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (< 6 meses)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso lento • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Cuidador adicto al alcohol/a las drogas • Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo) • Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona migrante • Persona sin hogar • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta. • Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta. • Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (< 6 meses) 			
<p>Si no se han identificado riesgos, indicar: No cumple con las pautas de alimentación (4-12 meses)</p>				



Esta institución es proveedora de oportunidad igual. Washington WIC no discrimina.

Para personas discapacitadas, este documento está disponible a su pedido en otros formatos. Para hacer su pedido, llame al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

