

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

PREGUNTA		RIESGO/OBJETIVO
<p><b>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.</b></p>		Establecer confianza
	¿Cómo está su bebé?	Establecer confianza
1.	<p>¿Detectó su médico algún problema o trastorno de salud en su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	<Seleccione el(los) riesgo(s) médico(s) correspondiente(s)>
2.	<p>¿Tuvo su bebé recientemente alguna cirugía importante o herida o quemadura grave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	Cirugía, golpe, quemadura importante reciente
3.	<p>¿Toma su bebé algún medicamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	Interacciones de la medicación con los nutrientes
4.	<p>¿Le da a su bebé vitaminas u otro suplemento dietario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) ¿Cuál y qué cantidad?</li> <li>• ¿Le está dando a su bebé un suplemento de vitamina D?</li> </ul>	<b>Suplementos inadecuados o excesivos</b> suplemento vitamínico/mineral inadecuado
5.	<p>Cuénteme cómo va el amamantamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre? ¿Y cuándo está satisfecho?</li> <li>• ¿Con qué frecuencia amamanta a su bebé en 24? ¿Cuántas veces toma el pecho su bebé en 24 horas?</li> <li>• ¿Cuánto tiempo toma de cada lado?</li> <li>• ¿Cuántas veces su bebé hace caca o pis en 24 horas?</li> </ul>	Relación que no estimula el desarrollo /la alimentación, complicaciones en el amamantamiento, poca frecuencia de amamantamiento ( $\leq 6$ meses), <b>alimentación muy restrictiva</b>
6.	<p>¿Recibe su bebé la leche materna en un biberón?</p> <p>(En caso afirmativo) ¿Cuánto tiempo almacena la leche materna?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. (En caso afirmativo) ¿Qué hace con la leche materna que queda en el biberón después de alimentar al bebé?</li> <li>b. (En caso afirmativo) Cuando sale con su bebé todo el día, ¿cómo guarda la leche materna?</li> </ol>	Manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula
7.	<p>¿Su bebé se duerme con un biberón?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) ¿Usted tiene a su bebé en brazos?</li> <li>• ¿Alguna vez agrega cereales al biberón?</li> </ul>	Uso inadecuado del biberón/de la taza
8.	<p>¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Cuánto?</p> <p>(Consultar si bebe leche de vaca, leche de cabra, bebidas deportivas, bebidas endulzadas, etc...)</p>	Sustituto inadecuado de leche materna/fórmula, uso inadecuado de biberón/taza, ingestión de bebidas con azúcar
9.	<p>¿Le ha ofrecido a su bebé una taza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) ¿Qué le pone en la taza?</li> </ul>	Uso inadecuado del biberón/de la taza

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

	PREGUNTA	RIESGO/OBJETIVO		
10.	Su bebé: -¿usa miel en el chupón o come galletas de miel? -¿bebe leche cruda o jugo exprimido?	Alimentos potencialmente contaminados		
<b>A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.</b>		Transición		
11.	¿Fuma alguna persona en su casa? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Humo de segunda mano		
12.	¿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><b>Nota:</b> 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; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumento de peso lento</b></li> <li>• Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses)</li> <li>• Cuidador adicto al alcohol/a las drogas</li> <li>• Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo)</li> <li>• Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona migrante</li> <li>• Persona sin hogar</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta.</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta</li> <li>• Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (&lt; 6 meses)</li> </ul> </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumento de peso lento</b></li> <li>• Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses)</li> <li>• Cuidador adicto al alcohol/a las drogas</li> <li>• Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo)</li> <li>• Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona migrante</li> <li>• Persona sin hogar</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta.</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta</li> <li>• Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (&lt; 6 meses)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumento de peso lento</b></li> <li>• Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses)</li> <li>• Cuidador adicto al alcohol/a las drogas</li> <li>• Uso de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo)</li> <li>• Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones respecto de la alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona migrante</li> <li>• Persona sin hogar</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 1 que amamanta</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 2 que amamanta.</li> <li>• Bebé en riesgo nutricional de mujer prioridad 4 que amamanta</li> <li>• Bebé prioridad 2 de madre elegible para WIC (&lt; 6 meses)</li> </ul>			
<p><b>Si no se han identificado riesgos, indicar:</b> 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).

