

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 0 < 6 MESES ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE CON LECHE DE FÓRMULA - 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?<br>• (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?<br>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cirugía, golpe, quemadura importante reciente                                                                                               |
| 3.                                                                                                                                                                  | ¿Toma su bebé algún medicamento?<br>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Interacciones de la droga con los nutrientes                                                                                                |
| 4.                                                                                                                                                                  | ¿Le da a su bebé vitaminas u otro suplemento dietario?<br>• (En caso afirmativo) ¿Cuál y cuánto?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Suplementos inadecuados o excesivos</b>                                                                                                  |
| 5.                                                                                                                                                                  | Cuénteme cómo va la alimentación con leche de fórmula.<br>• ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre? ¿Cuándo está satisfecho?<br>• ¿Cuánta fórmula bebe su bebé en 24 horas?<br>• ¿Bebe su bebé fórmula fortificada con hierro?<br>• <i>(Si bebe menos de 17 onzas de fórmula por día)</i> ¿Toma su bebé un suplemento de vitamina D?<br>• Además de las que le provee el WIC, ¿cuántas latas de fórmula compra por mes? | Relación que no estimula el desarrollo/ la alimentación, suplementos vitamínicos/minerales inadecuados, <b>alimentación muy restrictiva</b> |
| 6.                                                                                                                                                                  | Dígame cómo prepara la leche de fórmula de su bebé.<br>• ¿Cuánta agua y cuánta fórmula usa?<br>• ¿Qué tipo de agua utiliza para preparar la fórmula?<br>(Evaluar la seguridad del suministro de agua)                                                                                                                                                                                                                   | Dilución inadecuada de la fórmula, manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula                                               |
| 7.                                                                                                                                                                  | ¿Cuánto tiempo guarda la leche de fórmula una vez preparada?<br>• ¿Qué hace con la fórmula que queda en el biberón después de alimentar al bebé?<br>• Si usted sale con su bebé todo el día, ¿cómo prepara y guarda la fórmula?                                                                                                                                                                                         | Manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula                                                                                  |
| 8.                                                                                                                                                                  | ¿Su bebé se duerme con un biberón?<br>• (En caso afirmativo) ¿Mientras tanto tiene usted a su bebé en brazos?<br>• (En caso afirmativo) ¿Qué contiene en el biberón?<br>• ¿Alguna vez agrega cereales al biberón?                                                                                                                                                                                                       | Uso inadecuado del biberón/de la taza                                                                                                       |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PREGUNTA                                                                                                                                                                                                                                  | RIESGO/OBJETIVO                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Cuánto?<br>(Evaluar 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 que contienen azúcar |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Le ha ofrecido a su bebé una taza?<br>• (En caso afirmativo) ¿Qué le pone en la taza?                                                                                                                                                    | Uso inadecuado del biberón/de la taza                                                                                    |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Qué alimentos sólidos come su bebé?<br>• ¿Cuánto?<br>• ¿Le ha dado a su bebé alimentos para comer con las manos? (arvejas, rodajas de banana, Cheerios)<br>• ¿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                     |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Su bebé:<br>-¿usa miel en el chupón o come galletas de miel?<br>-¿bebe leche cruda o jugo exprimido?<br>-¿come hot dogs sin calentar?<br>- ¿come huevos crudos o ligeramente cocidos?                                                     | Alimentos potencialmente contaminados                                                                                    |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Limita usted la alimentación de su bebé por cualquier motivo?                                                                                                                                                                            | <b>Alimentación muy restrictiva, alergia a los alimentos, intolerancia a la lactosa</b>                                  |
| <b>A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           | Transición                                                                                                               |
| 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Fuma alguna persona en su casa?<br>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.                                                                                                                                                         | Humo de segunda mano                                                                                                     |
| 15.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimándola a usted o a su bebé?<br>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.                                                                                                                | Víctima de abuso (en los 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> <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> <li>• Persona migrante</li> <li>• Persona sin hogar</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).

