

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 6 – 12 MESES ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE CON LECHE DE FÓRMULA

PREGUNTA		RIESGO/OBJETO
<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>		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.	<Selecione 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 otro suplemento dietario? • (En caso afirmativo) ¿Cuál y cuánto?	<b>Suplementos inadecuados o excesivos</b>
5.	¿Tiene flúor el agua que bebe su bebé? • (En caso negativo) ¿Le da a su bebé un suplemento de flúor?	Suplemento vitamínico/mineral inadecuado,
6.	Cuénteme cómo va la alimentación con leche de fórmula. • ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre? ¿Cuándo está satisfecho? • ¿Cuánta fórmula bebe su bebé en 24 horas? • ¿Bebe su bebé fórmula fortificada con hierro? • <i>(Si bebe menos de 17 onzas de fórmula por día)</i> ¿Toma su bebé un suplemento de vitamina D? • Además de las que le provee el WIC, ¿cuántas latas de fórmula compra por mes?	Relación que no estimula el desarrollo/la alimentación, suplemento vitamínico/mineral inadecuado, <b>alimentación muy restrictiva</b>
7.	Dígame cómo prepara la fórmula de su bebé. • ¿Cuánta agua y cuánta fórmula usa? • ¿Qué tipo de agua utiliza para preparar la fórmula? (Evaluar la seguridad del suministro de agua)	Dilución inadecuada de la fórmula, manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula
8.	¿Cuánto tiempo guarda la leche de fórmula una vez preparada? • ¿Qué hace con la fórmula que queda en el biberón después de alimentar al bebé? • Si usted sale con su bebé todo el día, ¿cómo prepara y guarda la fórmula?	Manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula
9.	¿Su bebé se duerme con un biberón? • (En caso afirmativo) ¿Mientras tanto tiene usted a su bebé en brazos? • (En caso afirmativo) ¿Qué contiene en el biberón? • ¿Alguna vez agrega cereales al biberón?	Uso inadecuado del biberón/de la taza
10.	¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Cuánto? (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

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 6 – 12 MESES ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE CON LECHE DE FÓRMULA

	PREGUNTA	RIESGO/OBJETO
11.	¿Le ha ofrecido a su bebé una taza? • (En caso afirmativo) ¿Qué le pone en la taza?	Uso inadecuado del biberón/de la taza
12.	¿Qué alimentos sólidos come su bebé? • ¿Cuánto? • ¿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?	La relación no estimula el desarrollo/la alimentación
13.	Su bebé: -¿usa miel en el chupón 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
14.	¿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
15.	¿Fuma alguna persona en su casa? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Humo de segunda mano
16.	¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimándola a usted o a su bebé? • (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 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> </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).

