

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 6 – 12 MESES ALIMENTADOS PARCIALMENTE CON LECHE MATERNA

| PREGUNTA | | RIESGO/OBJETIVO |
|---|---|---|
| <p>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.</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"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. | <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"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. | Cirugía, golpe, quemadura importante reciente |
| 3. | <p>¿Toma su bebé algún medicamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. | 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"> • (En caso afirmativo) ¿Cuál y cuánto? | Suplementos inadecuados o excesivos |
| 5. | <p>¿Tiene flúor el agua que bebe su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso negativo) ¿Le da a su bebé un suplemento de flúor? | Suplemento vitamínico/mineral inadecuado |
| 6. | <p>Cuénteme cómo se desarrolla el amamantamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene hambre? ¿Cuándo está satisfecho? • ¿Cuántas veces toma el pecho su bebé en 24 horas? ¿Cuánto tiempo toma de cada lado? • ¿Cuánta leche de 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? | Relación que no estimula el desarrollo/la alimentación, complicaciones en el amamantamiento, poca frecuencia de amamantamiento (≤ 6 meses), suplemento vitamínico/mineral inadecuado, alimentación muy restrictiva |
| 7. | <p>Dígame cómo prepara la leche de fórmula de su bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánta agua y cuánta fórmula usa? • ¿Qué tipo de agua utiliza para preparar la fórmula? <p>(Evaluar la seguridad del suministro de agua)</p> | Dilución inadecuada de la fórmula, manejo/almacenamiento inseguro de la leche materna/fórmula |
| 8. | <p>¿Recibe su bebé leche materna en un biberón?</p> <p>(En caso afirmativo) ¿Cuánto tiempo guarda la leche materna?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>¿Cuánto tiempo guarda la leche de fórmula una vez preparada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿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 |

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 6 – 12 MESES ALIMENTADOS PARCIALMENTE CON LECHE MATERNA

| PREGUNTAS | | RIESGO/OBJETIVO |
|--|---|--|
| 9. | <p>¿Su bebé se duerme con un biberón?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (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. | <p>¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Cuánto? (Evaluar 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 que contienen azúcar |
| 11. | <p>¿Le ha ofrecido a su bebé una taza?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) ¿Qué le pone en la taza? | Uso inadecuado del biberón/de la taza |
| 12. | <p>¿Qué alimentos sólidos come su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿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? | Relación que no estimula el desarrollo/ la alimentación. |
| 13. | <p>Su bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿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. | <p>¿Limita usted la alimentación de su bebé por cualquier motivo?</p> | Alimentación muy restrictiva, alergia a los alimentos, intolerancia a la lactosa |
| <p>A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.</p> | | Transición |
| 15. | <p>¿Fuma alguna persona en su casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. | Humo de segunda mano |
| 16. | <p>¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimandola a usted o a su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. | Víctima de abuso (en los últimos seis meses) |

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA BEBÉS DE 6 – 12 MESES ALIMENTADOS PARCIALMENTE CON LECHE MATERNA

| PREGUNTAS | RIESGO/OBJETIVO |
|--|---|
| <p>Nota: 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"> • 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 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 |
| <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).

