

## PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DEL NIÑO

Pregunta	Riesgo/propósito
<p><b>Le haré algunas preguntas con respecto a la salud, nutrición y seguridad de su hijo.</b></p> <p><b>Estas preguntas se las hacemos a todas las mujeres. Si tiene preguntas o inquietudes, volveremos para hablar de ellas. ¿Le parece bien?</b></p>	Establecer la comunicación
¿Cómo se encuentra su hijo?	Establecer la comunicación
1. ¿Su médico identificó algún problema de salud o afección médica en su hijo? • (De ser así) Cuénteme más.	<Seleccione el/los riesgo/s médico/s apropiado/s>
2. ¿Su hijo tuvo recientemente alguna cirugía, heridas o quemaduras de gravedad? • (De ser así) Cuénteme más.	Cirugía mayor reciente, trauma, quemaduras
3. ¿Su hijo toma algún medicamento? • (De ser así) Cuénteme más.	Interacciones medicamento-nutrientes
4. ¿Le administra vitaminas u otro suplemento dietario a su hijo? • (De ser así) ¿Qué y cuánto? • (De no ser así) ¿Su hijo toma un suplemento de vitamina D?	<b>Suplementos inapropiados o excesivos</b> Suplementos de vitamina D inadecuado
5. ¿El agua que bebe su hijo contiene fluoruro? • (De no ser así) ¿Le administra a su hijo algún suplemento de fluoruro?	Suplemento de fluoruro inadecuado
6. ¿Su hijo tiene algún problema de dientes o encías, o caries no rellenadas? • (De ser así) Cuénteme más.	Problemas dentales graves
7. ¿Cuáles son sus preocupaciones sobre la alimentación de su hijo? • ¿Cómo se encuentra el apetito de su hijo? • ¿Su hijo come solo? • ¿Qué hace su hijo cuando tiene apetito? ¿Y cuando está satisfecho? • ¿Su hijo tiene algún problema al tragar o se ahoga? • (De ser así) Cuénteme más.	No presenta relación de apoyo al desarrollo/alimentación, <b>Retrasos del desarrollo que afectan la masticación/deglución</b>
8. ¿Su hijo evita o usted limita algún alimento ( <i>a su hijo</i> ) por cualquier razón, incluyendo alergia a los alimentos? • (De ser así) Cuénteme más.	<b>Dieta muy restrictiva</b> <b>Alergia a los alimentos (Fuerte impacto en la dieta),</b> Intolerancia a la lactosa
9. ¿Qué tipo de leche bebe su hijo (de soja, de arroz, de cabra, de almendras, crema no láctea)? • (Si bebe leche de vaca) ¿Es descremada, semidescremada o entera?	Leche reducida en grasa o sin grasa (12-23 meses) Sustitutos inapropiados de la leche
10. ¿Qué más bebe su hijo? (soda, bebidas deportivas, Kool Aid, té endulzado) • ¿Con qué frecuencia?	Consume bebidas que contienen azúcar

## PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DEL NIÑO

Pregunta		Riesgo/propósito
11.	<p>¿Su hijo utiliza biberón? ¿Taza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Con qué frecuencia su hijo bebe del biberón/de la taza? ¿Qué hay en el biberón/la taza?</li> <li>• ¿Su hijo lleva el biberón/la taza a la cama? (De ser así) ¿Qué hay en el biberón/la taza?</li> </ul>	Uso inapropiado del biberón/ de la taza
12.	<p>Observa que su niño...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Bebe leche cruda o jugo de naranja recién exprimido?</li> <li>-¿Come quesos suaves como feta, Brie, queso azul, queso blanco o queso fresco?</li> <li>-¿Come carne de ave, cerdo o de res a medio cocer o cruda?</li> <li>-¿Come mariscos crudos o salchichas sin haberlos calentado?</li> <li>-¿Come huevos crudos o poco hechos?</li> </ul>	Comidas potencialmente contaminadas
13.	<p>¿Su hijo come cosas como hielo, polvo, arcilla, láminas de pintura o fécula?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (De ser así) Cuénteme más.</li> </ul>	<b>Pica</b>
14.	<p>¿Alguien fuma adentro de su casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (De ser así) Cuénteme más.</li> </ul>	Fumador pasivo
15.	<p>¿Hay alguien en su vida que lastime a usted o a su/s hijo/s?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (De ser así) Cuénteme más.</li> </ul>	Víctima de abuso (últimos 6 meses)
<p><b>Tenga en cuenta:</b> Durante la entrevista de riesgo considere los siguientes riesgos adicionales que no se incluyen en las preguntas anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumento lento de peso</b></li> <li>• Cuidado adoptivo (últimos 6 meses)</li> <li>• Adulto a cargo con capacidad limitada para tomar decisiones sobre la alimentación</li> <li>• Adulto a cargo adicto al alcohol o a las drogas</li> <li>• Migración</li> <li>• Persona sin hogar</li> </ul>		
<p><b>Si no se identificaron riesgos, indique:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No cumple con las pautas de alimentación (12-23 meses)</li> <li>• No cumple con las pautas del régimen alimenticio (2-5 años)</li> </ul>		

Este documento se encuentra disponible en otros formatos para personas con discapacidades, a solicitud del interesado.

Para presentar una solicitud, llame al 1-800-841-1410 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
El programa de nutrición WIC del estado de Washington no discrimina.

DOH 960-043 December 2010 Spanish