

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

BEBÉ DE 0 < 6 MESES AMAMANTADO DE MANERA PARCIAL – CON SÓLIDOS

PREGUNTA	RIESGO/PROPÓSITO
<p>Le haré algunas preguntas con respecto a la salud, nutrición y seguridad de su bebé. Estas preguntas se las hacemos a todas las mujeres. Si tiene preguntas o inquietudes, volveremos para hablar de ellas. ¿Le parece bien?</p>	Establecer la comunicación
¿Cómo se encuentra su bebé?	Establecer la comunicación
1. ¿Su médico identificó algún problema de salud o afección médica en su bebé? • (De ser así) Cuénteme más.	<Selecione el/los riesgo/s médico/s apropiado/s>
2. ¿Su bebé tuvo recientemente alguna cirugía, heridas o quemaduras de gravedad? • (De ser así) Cuénteme más.	Cirugía mayor reciente, trauma, quemaduras
3. ¿Su bebé toma algún medicamento? • (De ser así) Cuénteme más.	Interacciones medicamento-nutrientes
4. ¿Le administra vitaminas u otro suplemento dietario a su bebé? • (De ser así) ¿Qué y cuánto?	Suplementos inapropiados o excesivos
5. Cuénteme cómo va la alimentación. • ¿Cómo sabe cuándo su bebé tiene apetito? ¿Cuándo está satisfecho? • ¿Cuántas veces amamantó a su bebé en las últimas 24 horas? ¿Cuánto tiempo se alimenta su bebé de cada lado? • ¿Cuánta leche de fórmula toma su bebé en 24 horas? • ¿Su bebé toma leche de fórmula fortificada con hierro? • <i>(Si bebe menos de 32 onzas de fórmula al día)</i> ¿Su bebé está tomando un suplemento de vitamina D?	No presenta relación de apoyo al desarrollo/ alimentación, complicaciones del amamantamiento, Frecuencia limitada del amamantamiento (≤ 6 meses), suplemento inadecuado de vitamina D Alimentación muy restrictiva
6. Cuénteme cómo prepara la leche de fórmula de su bebé. • ¿Cuánta agua y cuánta fórmula utiliza? • ¿Qué tipo de agua usa para preparar la fórmula? (Evalúe la seguridad del suministro de agua)	Disolución inapropiada de la fórmula, mal manejo/almacenamiento de la leche de fórmula/materna
7. ¿Su bebé toma leche materna en biberón? • (De ser así) ¿Cuánto tiempo almacena la leche materna? • ¿Qué hace con la leche materna que queda en el biberón luego de alimentar al bebé? • ¿Cómo guarda la leche materna cuando sale con su bebé durante todo el día? ¿Cuánto tiempo conserva la leche de fórmula luego de haberla preparado? • ¿Qué hace con la leche de fórmula que queda en el biberón después de alimentar al bebé? • ¿Cómo conserva y prepara la leche de fórmula cuando sale con su bebé durante todo el día?	Mal manejo/almacenamiento de la leche de fórmula/materna
8. ¿Su bebé se duerme con un biberón? • (De ser así) ¿Tiene en brazos a su bebé? • (De ser así) ¿Qué hay en el biberón? • ¿Alguna vez coloca cereal dentro del biberón?	Uso inapropiado del biberón/ de la taza

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

BEBÉ DE 0 < 6 MESES AMAMANTADO DE MANERA PARCIAL – CON SÓLIDOS

	PREGUNTA	RIESGO/PROPÓSITO
9.	¿Qué más le da de beber a su bebé? ¿Cuánto? (Evalúe el uso de leche de vaca, de cabra, bebidas deportivas, endulzadas, etc....)	Sustituto inapropiado de la leche de fórmula/materna, uso inapropiado del biberón/de la taza, consume bebidas que contienen azúcar
10.	¿Le ofreció beber de una taza al bebé? • (De ser así) ¿Qué hay en la taza?	Uso inapropiado del biberón/ de la taza
11.	¿Qué alimentos sólidos come su bebé? • ¿Cuánto? • ¿Le ofreció alimentos para comer con las manos? (guisantes, bananas cortadas, Cheerios) • ¿Su bebé come uvas, pasas de uva, nueces, palomitas de maíz o patatas fritas?	Introducción temprana de alimentos sólidos (< 4 meses), no presenta relación de apoyo al desarrollo/alimentación
12.	Su bebé: -¿Suele succionar miel de su chupón o come galletas de miel? -¿Bebe leche cruda o jugo de naranja recién exprimido? -¿Come salchichas sin calentar? -¿Come huevos crudos o poco hechos?	Comidas potencialmente contaminadas
13.	¿Limita el consumo de su bebé de algún alimento por cualquier razón?	Alimentación muy restrictiva Alergia a los alimentos (Fuerte impacto en la dieta), Intolerancia a la lactosa
14.	¿Alguien fuma adentro de su casa? • (De ser así) Cuénteme más.	Fumador pasivo
15.	¿Hay alguien en su vida que lastime a usted o a su bebé? • (De ser así) Cuénteme más.	Víctima de abuso (últimos 6 meses)
<p>Tenga en cuenta: 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"> • Aumento lento de peso • Cuidado adoptivo (últimos 6 meses) • Adulto a cargo adicto al alcohol o a las drogas • Uso materno de sustancias (durante el embarazo) • Adulto a cargo con capacidad limitada para tomar decisiones sobre la alimentación • Migración • Persona sin hogar • Infante de prioridad 1 Mujer que amamanta con riesgo de nutrición • Infante de prioridad 2 Mujer que amamanta con riesgo de nutrición • Infante de prioridad 4 Mujer que amamanta con riesgo de nutrición • Infante con madre que califica para el WIC (< 6 meses) 		
<p>Si no se identificaron riesgos, indique: No cumple con las pautas de alimentación (4-12 meses)</p>		

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 960-082 December 2010 Spanish