

# CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS (NACIMIENTO HASTA 5 MESES)

NOMBRE DEL BEBÉ: \_\_\_\_\_ EDAD DEL BEBÉ: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo alimenta a su bebé?  Doy leche materna  Doy fórmula  Doy las dos cosas

2. ¿Qué preguntas tiene acerca de dar pecho, o de cómo su bebé está comiendo o creciendo?  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cómo le va en alimentar a su bebé?  mal  a veces está bien  más o menos  bien  muy bien

4. En las últimas 24 horas (día y noche) ¿cuántos pañales mojó su bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuántos pañales ensució con popó su bebé? \_\_\_\_\_ *Describe abajo la popó de su bebé, marque todo lo que aplique.*

Color:  Negro y pegajoso  Café casi verdoso  Amarillento y semillento  Otro

Textura:  Firme  Dura y como piedritas  Suave  Aguada  Otro

5. ¿Cómo sabe que su bebé tiene hambre y quiere comer? \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo sabe que su bebé está satisfecho? \_\_\_\_\_

7. ¿Se preocupa usted de que su bebé llore demasiado?  Sí  No

8. ¿Se preocupa usted de que su bebé no duerma lo suficiente o duerma demasiado?  Sí  No

9. ¿Quién le ayuda a usted en la casa? \_\_\_\_\_

10. Si le da pecho a su bebé, favor de contestar estas preguntas:

¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) le da pecho? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 12+

¿Le parece que su bebé está satisfecho después de tomar pecho?  Sí  No

¿Por cuántos meses está planeando dar pecho? \_\_\_\_\_

11. Si alimenta a su bebé con fórmula, favor de contestar estas preguntas:

¿Le dió pecho alguna vez a este bebé?  No  Sí, ¿cuándo fue la última vez que le dió pecho? \_\_\_\_\_

¿Cada cuándo toma su bebé biberones con fórmula? \_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé en cada biberón? \_\_\_\_\_

¿Qué fórmula le da a su bebé? \_\_\_\_\_

Explique cómo prepara la fórmula \_\_\_\_\_

¿En qué lugares toma su bebé el biberón?

Cama  Carriola  Asiento de seguridad  Los brazos de alguien  Otro \_\_\_\_\_

12. ¿Su bebé come o toma algo más aparte de la leche materna o la fórmula?  Nada más  Agua  Agua con \_\_\_\_\_

Jugo  Té  Cereal  Otros alimentos \_\_\_\_\_  Otra cosa \_\_\_\_\_

13. ¿Le da a su bebé?  Vitaminas  Fluoruro  Gotas de hierro  Medicina  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene su bebé?  Alergias  Respira con dificultad  Sarpullido  Estreñimiento  Diarrea  Cólicos  Nada

Otro \_\_\_\_\_

15. ¿En qué mes es la siguiente cita de su bebé con el doctor? \_\_\_\_\_

**PARA EL  
USO DEL  
EMPLEADO  
DE WIC**

STAFF USE ONLY

Date: \_\_\_\_\_ WIC Staff Name: \_\_\_\_\_

Participant WIC ID#: \_\_\_\_\_ Length: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

