

PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA BEBÉS (DEL NACIMIENTO A 1 AÑO DE EDAD)

Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy

Su nombre	Fecha de nacimiento de su bebé	Su bebé es un <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
-----------	--------------------------------	--

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta será usada con propósitos de informe. Si no responde, el personal hará una selección por usted. Esto no afectará su recepción de los beneficios del WIC.

¿Es su bebé hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: Seleccione una o más opciones: <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Africana del Norte <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Oriente Medio
--	--

¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? _____ libras _____ onzas	¿Cuál fue la altura de su bebé al nacer? _____ pulgadas
---	--

¿Cuál fue la fecha del parto? Mes/Día/Año _____
--

Nota para el Personal: Calcule las semanas de gestación de acuerdo con la respuesta del cliente y realice la validación con EDD/ADD, si se encuentra disponible.

Información Médica

1. Problemas médicos/ enfermedades recientes: El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para revisar.	
2. ¿Toma su hijo medicaciones ? <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</div> Si es así, ¿de qué tipo? _____ ¿Algún efecto colateral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo? _____	
3. Fue éste el nacimiento de: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Mellizos <input type="checkbox"/> Trillizos <input type="checkbox"/> Más de 3	
4. Altura de la Madre _____ pies _____ pulgadas	5. Peso de la Madre _____ libras
Esto deberá ser respondido por la madre biológica únicamente. ¿Cuáles son su altura y peso actual? (O si está embarazada ahora o tuvo un bebé en los últimos 6 meses, ¿cuál era su peso antes de ese embarazo?)	
6. Altura del Padre _____ pies _____ pulgadas	7. Peso del Padre _____ libras
Esto deberá ser respondido por el padre biológico únicamente.	
8. ¿Alguien con quien convive fuma dentro de su casa? (CDC) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
9. ¿Aproximadamente durante cuántas horas se sentó su hijo a ver televisión o videos ayer? (CDC) <input type="checkbox"/> > 0 y < 1 hora <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 5 horas o más <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 3 horas <input type="checkbox"/> Se desconoce	

Pestaña de Estadísticas de Alimentación de Pecho (CDC)

¿Alguna vez se amamantó a este niño o se le suministró leche materna?

Sí No Se desconoce

¿Es este niño amamantado actualmente?

Sí No

¿Qué edad tenía este niño cuando se lo **alimentó por primera vez** con un alimento que no fuera leche materna?

Leche materna exclusivamente (**Marque aquí si el niño nunca consumió otra cosa excepto leche materna**)

Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce

Tipo de comida:

Cereal Vegetales
 Leche vacuna Agua
 Fórmula Jugo
 Fruta No se brindó información

(Responda la siguiente pregunta si su hijo ya no recibe leche materna)

¿A qué edad se dejó completamente de amamantar a este niño o de alimentar con leche materna?

Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce

Motivo por el que finalizó al amamantamiento:

El bebé se distraía Medicación
 Dolor de pecho/ pezón Preferencia de la madre
 Recomendación del médico Regreso a la escuela
 Enfermedad/ problema del bebé/niño Regreso al trabajo
 Falta de apoyo Dentición
 Problemas para tomar el pecho/rechazo del pecho Otro _____
 Bajo suministro de leche No se brinda información
 Enfermedad materna/cirugía

Historial de Nutrición

1. Si fue amamantado, ¿qué edad tenía este niño cuando fue alimentado de forma **rutinaria** con otra cosa que no fuera leche de pecho?

Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce

Tipo de comida:

Cereal Fruta
 Leche vacuna Vegetales
 Fórmula Agua
 Carne Jugo

2. Indicó el proveedor de cuidado de la salud/ médico que su hijo tiene o tuvo:

Ictericia Buen aumento de peso
 Succión débil Movimientos intestinales inadecuados para la edad
 Poco aumento de peso Ninguna se aplica

3. Si se está amamantando, ¿quién finaliza la sesión de enfermería? Madre Niño

4. ¿Toma su bebé leche materna extraída? Sí No

Ante cualquier consulta sobre el almacenamiento de la leche materna, por favor haga su comentario:

5. ¿Toma su bebé fórmula?

Sí No

Si es así, nombre de la fórmula _____

6. ¿Tiene usted acceso a:

Agua segura para preparar la fórmula? Sí No

Un refrigerador para guardar la fórmula o leche materna? Sí No

7. ¿Qué electrodomésticos utiliza para preparar la fórmula?

- Horno/cocina
 Plato caliente

- Horno microondas
 Otro _____

8. ¿Se le dió a su bebé restos de un biberón de fórmula o leche materna extraída de una alimentación previa?

- Sí No

9. ¿Su bebé? (Marque todo lo que corresponda)

- Lleva un biberón a la cama, siesta o al recostarse
 Bebé de un biberón apoyado al alimentarse
 Come de una cuchara
 Come cereal o comida de bebé de un biberón/dispositivo de alimentación infantil
 Recibe agua con azúcar
 Recibe jugo en un biberón
 Recibe refresco/gaseosa en un biberón
 Usa un biberón todo el día como chupete
 Da sorbos de una taza de práctica en el día
 Consume comidas para comer con los dedos

- Toma un suplemento vitamínico o mineral o de Vitamina D diariamente
¿De qué tipo? _____
 Usa remedios o tés de hierbas como suplemento
¿De qué tipo? _____
 Posee problemas orales/ dentales
 Consume una dieta vegetariana
 Sigue una dieta especial
¿Es así; qué tipo? _____
 Toma un suplemento de fluoruro
 Ninguna se aplica

10. ¿Come o bebe su bebé algo además de leche materna, fórmula y agua?

- Sí No

Si es así, por favor indique qué come o toma el bebé:

- Leche entera/descremada
 Yogurt
 Leche de imitación
 Vegetales
 Carnes
 Fruta
 Cereal
 Galletas para la dentición
 Comida de mesa

- Cenas combinadas
 Perros calientes
 Café/ Té
 Dulces/ galletas
 Helados
 Papas fritas de paquete/ donas
 Papas fritas
 Otro _____
 Ninguna de las anteriores

11. ¿Tiene su hijo alguna alergia a la comida?

- Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

12. ¿Usa usted azúcar, miel o jarabe en un chupete?

- Sí No

13. ¿Come o bebe su hijo algo de lo siguiente? (Marque todas las que correspondan)

- Jugo o leche crudos (no pasteurizados)
 Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela)
 Miel
 Leche humana donada (adquirida directamente de individuos o a través de Internet)
 Perros calientes, fiambres, y otras carnes embutidas no recalentadas a temperatura alta
 Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos (término medio)
 Brotes crudos
 Ninguna se aplica

14. ¿Estuvo su bebé bajo cuidado adoptivo en los últimos 6 meses?

- Sí No

15. ¿Tiene el cuidador alguno de las siguientes problemas? (Marque todas las que correspondan)

- Desorden por uso de sustancias
 Un problema de salud mental
 Una incapacidad intelectual
 Una incapacidad física
 17 años de edad o menor
 Ninguna se aplica

16. ¿Le brindó los Servicios del MIHP a este cliente durante esta visita?

- Sí No

Notas del Personal

Firma del CPA	Fecha
---------------	-------

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o incapacidad.

Autoridad: Ley 368 PA 1978

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.