

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	Es su bebé <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
-----------	--------------------------------	---

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta será usada con propósitos de informes grupales. 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**?

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Algún efecto colateral? Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

3. Fue éste el nacimiento de:

Uno Mellizos Trillizos 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)

Sí No Se desconoce

9. ¿Aproximadamente durante cuántas horas se sentó su hijo a **ver televisión** o videos ayer?

<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

Información sobre Lactancia Materna

1. ¿Recibió alguna vez este niño lactancia materna o leche de pecho, incluso durante un período de tiempo corto?
 Sí No Se desconoce
2. ¿Recibe este niño actualmente lactancia materna o leche de pecho? Sí No
3. ¿Recibió este niño fórmula en el hospital?
 Sí No Se desconoce
- 3a. ¿Se alimenta a este niño con alguna otra cosa además de leche de pecho? Sí No
4. ¿Qué edad tenía este niño cuando se lo **alimentó por primera vez** con algo que no fuera leche materna?
Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce
5. ¿A qué edad se dejó completamente de dar lactancia materna o de alimentar con leche materna a este niño?
Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce

Motivo por el que Finalizó la Lactancia Materna:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi bebé tenía dificultad para adherirse o succionar | <input type="checkbox"/> Sentí que debía dejar de dar la lactancia materna |
| <input type="checkbox"/> Sólo la leche materna no satisfacía a mi bebé | <input type="checkbox"/> Me enfermé o tuve que dejar por razones médicas |
| <input type="checkbox"/> Pensé que mi bebé no ganaba suficiente peso | <input type="checkbox"/> Regresé al trabajo |
| <input type="checkbox"/> Tenía los pezones con irritación, fisura o sangrado o dolían demasiado | <input type="checkbox"/> Regresé a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Pensé que no producía suficiente leche, o que mi leche se secaba | <input type="checkbox"/> Falta de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Tenía demasiadas tareas hogareñas | <input type="checkbox"/> Mi bebé tenía una enfermedad o problema médico |
| | <input type="checkbox"/> El médico recomendó suplementos o el destetamiento |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Evaluación sobre Lactancia Materna

1. ¿Cuáles son algunas cosas a buscar cuando está intentando decidir si su bebé está comiendo lo suficiente?
 No buscar llegar al hambre y pistas claras Si da lactancia materna, el bebé succiona de forma débil o no efectiva
 < 4 pañales sucios por día (si el bebé tiene entre 3 días y 2 meses) Si da lactancia materna, el bebé tiene dificultad para adherirse
 < 6 pañales mojados por día El bebé no está satisfecho luego de comer
 < 8 comidas por día (si el bebé es menor de 2 meses) Sin preocupaciones

Historial de Nutrición

1. El bebé tiene/ tuvo:
 Ictericia Buen aumento de peso
 Succión débil Movimientos intestinales inadecuados para la edad
 Poco aumento de peso Ninguna se aplica
2. Si se está dando lactancia materna, ¿quién finaliza la sesión de lactancia? Madre Bebé
3. ¿Toma su bebé leche materna extraída? Sí No

Cuénteme cómo guarda la leche materna luego de la extracción.

4. ¿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

6. ¿Qué electrodomésticos utiliza?

Horno/cocina Horno microondas

Plato caliente Otro _____

7. ¿Le dió restos de fórmula/ leche materna? Sí No

8. ¿Le da a su bebé? (Marque todo lo que corresponda)

Biberón en la cama Vitamina/mineral/suplemento de vitamina D

Biberón apoyado ¿qué tipo? _____

Come de una cuchara Remedios de hierbas/té

Cereal/ comida en un biberón ¿qué tipo? _____

Agua azucarada Problemas dentales

Jugo en un biberón Dieta vegetariana

Gaseosa/ bebida dulce en un biberón Dieta especial

Biberón durante el día ¿qué tipo? _____

Taza para entrenamiento durante el día Fluoruro

Comidas con los dedos Ninguna aplica

9. Marque lo que su bebé come o bebe:

Leche entera/descremada Cenas combinadas

Leche de imitación Perros calientes

Leche de cabra/ oveja Café/ Té

Vegetales Dulces/ galletas

Carnes Helados

Fruta Patatas fritas de paquete/ donas

Cereal Papas fritas

Galletas para la dentición Otro _____

Comida de mesa

10. Alergias a las comidas, ¿si las hay? Sí No

11. ¿Azúcar, miel o jarabe en un chupete? Sí No

12. Marque todas las opciones que correspondan:

Jugo o leche no pasteurizados Perros calientes, fiambres, y otras carnes embutidas

Quesos suaves Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos

Miel Brotes crudos

Leche humana donada (adquirida directamente de individuos o a través de Internet) Ninguna se aplica

13. ¿Cuidado adoptivo (en los últimos 6 meses)? Sí No

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

Desorden por uso de sustancias Una incapacidad física

Un problema de salud mental 17 años de edad o menor

Una incapacidad intelectual Ninguna se aplica

15. ¿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 no excluirá de la participación, no negará beneficios, ni discriminará a ningún individuo debido a su raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, identificación o expresión de género, orientación sexual, consideraciones partidarias, o una incapacidad o información genética no relacionada con la elegibilidad de la persona.

Autoridad: Ley 368 PA 1978

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.