

# PREGUNTAS SOBRE LA SALUD Y DIETA DEL NIÑO (1 A 4 AÑOS DE EDAD)

Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy
--------------

Su nombre	Fecha de nacimiento de su bebé	Su bebé es <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 hijo 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 su fecha de nacimiento? 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. <b>Problemas médicos/ enfermedades</b> _____	
2. ¿Medicaciones? _____	
¿Algún efecto colateral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo? _____
3. ¿ <b>Problemas dentales</b> que lo afecten al comer? _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo? _____	
4. Altura de la Madre _____ pies    _____ pulgadas	Peso de la Madre _____ libras
Esto deberá ser respondido por la <b>madre biológica</b> 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?)	
5. Altura del Padre _____ pies    _____ pulgadas	Peso del Padre _____ libras
Esto deberá ser respondido por el <b>padre biológico</b> únicamente.	
6. ¿Alguien con quien convive <b>fuma</b> dentro de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
8. ¿Aproximadamente durante cuántas horas se sentó su hijo a <b>ver televisión</b> o videos ayer?	
<input type="checkbox"/> > 0 y < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 3 horas	<input type="checkbox"/> > 0 y < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 3 horas

## Información sobre Lactancia Materna

1. ¿Alguna vez se le dio a este niño lactancia materna o leche de pecho, incluso por un período de tiempo corto?  
 Sí       No       Se desconoce
2. ¿Se le da a este niño lactancia materna o leche de pecho actualmente?       Sí       No
3. Was this child given any formula in the hospital?  
 Sí       No       Se desconoce
- 3a. ¿Se le da a este niño otra cosa además de leche de pecho?       Sí       No
4. ¿Qué edad tenía este niño cuando se lo **alimentó por primera vez** con otra cosa que no fuera leche de pecho?  
Edad \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_  Se desconoce
5. ¿Qué edad tenía este niño cuando dejó de recibir lactancia materna o leche de pecho completamente?  
Edad \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_  Se desconoce

Motivo por el cual 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"/> Pensaba que no producía suficiente leche, o que mi leche se secaba     | <input type="checkbox"/> Falta de apoyo                                     |
| <input type="checkbox"/> Tenía muchas otras 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 _____   |

## Historial de Nutrición

1. Número de comidas por día: \_\_\_\_\_ Número
2. Número de refrigerios por día: \_\_\_\_\_ Número
3. ¿Onzas de **Leche** por día? \_\_\_\_\_ Onzas
4. ¿Onzas de **Jugo** por día: \_\_\_\_\_ Onzas
5. **Apetito:**  
 Bueno       Regular       Malo
6. **Dieta especial:**  
\_\_\_\_\_
7. **Comida Rápida/ Semana:**  
 0       1       2       3       4       5 o más
8. **Alergias a la comida** si las hay:       Sí       No  
Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_
10. Consume todos o la mayoría de los días (Marque todas las opciones que correspondan)
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Descremada, 1/2%, 1%   | <input type="checkbox"/> Comida de bebé <b>únicamente</b> |
| <input type="checkbox"/> Sustitutos inadecuados de leche fortificada (arroz/soja, etc.) | <input type="checkbox"/> Ninguna aplica                   |
| <input type="checkbox"/> Gaseosa, Kool-Aid, bebidas deportivas, etc.                    |   |

11. Marque todas las opciones que correspondan

Jugo/leche crudos no pasteurizados

Brotes crudos

Queso suave

Perros calientes, fiambres **no recalentados a temperatura alta**

Carne/pescado/ave/huevos crudos/no cocidos

Ninguna aplica

Pescado de Michigan

12. Marque todas las opciones que correspondan

Usa un biberón

Jugo en biberón

Duerme con un biberón

Taza de entrenamiento **todo el día**

Usa biberón todo el día

Chupete con miel, etc.

Cereal/ comida en biberón

Ninguna aplica

13. Marque todas las opciones que correspondan

Dieta vegetariana

Fluoruro

Dieta bajas calorías/ pérdida de peso

Vitamina/mineral/Vitamina D

PICA

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Tiene que comer comida que no desea

Posee antecedentes de cirugía bariátrica

Sólo alimentado con cuchara

Remedios con hierbas/ tés

Se ahoga con frecuencia

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Ninguna aplica

14. ¿Cuidado adoptivo (en los últimos 6 meses)?

Sí

No

15. ¿Tiene el cuidador alguno de los siguientes problemas? (Marque todas las 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 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 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.