

PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA LA CERTIFICACION MEDIA DEL BEBE

Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy

Nombre de su bebé

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?

Sí No Se desconoce

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

> 0 y < 1 hora

1 hora

2 horas

3 horas

> 0 y < 1 hora

1 hora

2 horas

3 horas

Información sobre Lactancia Materna

1. ¿Se amamantó o se le dio a este niño leche de pecho, incluso por un período de tiempo corto?

Sí No Se desconoce

2. ¿Se amamanta o se le da leche de pecho a este niño actualmente?

Sí No

3. ¿Se le dió a este niño fórmula en el hospital?

Sí No Se desconoce

3a. ¿Se le da a este niño otra cosa que no sea leche de pecho?

Sí No

4. ¿Qué edad tenía este niño cuando se lo **alimentó por primera vez** con un alimento que no fuera leche materna (es decir: fórmula, agua, cereales para infantes)?

Edad _____ Mes _____ Semanas _____ Días _____ Se desconoce

5. ¿Qué edad tenía este niño cuando se lo dejó de amamantar o de dar leche de pecho completamente?

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No buscar llegar al hambre y pistas claras | <input type="checkbox"/> Si da lactancia materna, el bebé succiona de forma débil o no efectiva |
| <input type="checkbox"/> < 4 pañales sucios por día (si el bebé tiene entre 3 días y 2 meses) | <input type="checkbox"/> Si da lactancia materna, el bebé tiene dificultad para adherirse |
| <input type="checkbox"/> < 6 pañales mojados por día | <input type="checkbox"/> El bebé no está satisfecho luego de comer |
| <input type="checkbox"/> < 8 comidas por día (si el bebé es menor de 2 meses) | <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones |

2. El bebé tiene/ tuvo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Buen aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Succión débil | <input type="checkbox"/> Movimientos intestinales inadecuados para la edad |
| <input type="checkbox"/> Poco aumento de peso | <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica |

3. Si se está dando lactancia materna, ¿quién finaliza la sesión de lactancia? Madre Niño

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

Cuénteme cómo guarda la leche materna luego de la extracción.

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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Horno/cocina | <input type="checkbox"/> Horno microondas |
| <input type="checkbox"/> Plato caliente | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biberón en la cama, en la siesta o recostado | <input type="checkbox"/> Toma una vitamina, un mineral o un suplemento de vitamina D de forma diaria |
| <input type="checkbox"/> Bebe de un biberón que está apoyado | <input type="checkbox"/> ¿qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Come de una cuchara | <input type="checkbox"/> Use remedios complementarios de hierbas o té |
| <input type="checkbox"/> Come cereal o comida de bebé de un biberón/ dispositivo de bebé para comer | <input type="checkbox"/> ¿qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibe agua azucarada | <input type="checkbox"/> Tiene problemas dentales/orales |
| <input type="checkbox"/> Recibe jugo en botella | <input type="checkbox"/> Come una dieta vegetariana |

- Recibe gaseosa/ bebida dulce en biberón
- Usa un biberón durante el día como chupete
- Da sorbos de una taza durante el día
- Come con los dedos

Sigue una dieta especial

Si es así, ¿qué tipo? _____

- Toma un suplemento con fluoruro
- Ninguna aplica

10. Marque lo que su bebé come o bebe:

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

- Comida de mesa
- Cenas combinadas
- Perros calientes
- Café/ Té
- Dulces/ galletas
- Helados
- Patatas fritas de paquete/ donas
- Papas fritas
- Otro _____

11. ¿Tiene su bebé alergia a alguna comida?

- Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

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

- Sí No

13. ¿Consume o bebe su hijo alguno de estos alimentos? (Marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jugo o leche crudos (no pasteurizados) | <input type="checkbox"/> Perros calientes, embutidos, y otros fiambres no recalentados a temperaturas altas |
| <input type="checkbox"/> Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela) | <input type="checkbox"/> Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos |
| <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> Brotes crudos |
| <input type="checkbox"/> Leche humana donada (adquirida directamente de individuos o a través de Internet) | <input type="checkbox"/> Ninguna 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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden por uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Una incapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Un problema de salud mental | <input type="checkbox"/> 17 años de edad o menor |
| <input type="checkbox"/> Una incapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> 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.