

Cuestionario de nutrición infantil

Desde el nacimiento hasta los 5 meses

NOMBRE DEL NIÑO: _____ NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FECHA: ____/____/____
MM DD AA

1. ¿De qué tema le gustaría hablar hoy?

2. ¿Qué inquietudes o preguntas tiene sobre su bebé?: (marque todas las que correspondan)

- come demasiado o no come lo suficiente
- aumenta demasiado de peso o no aumenta lo suficiente
- no tengo inquietudes
- otra; especifique: _____

3. Mi bebé tiene: (marque todas las que correspondan)

- alergias alimentarias: _____
- problemas médicos: _____
- otro problema; especifique: _____
- ninguno de los anteriores

4. Mi bebé toma actualmente: (marque todas las que correspondan)

- medicamentos: _____
- vitaminas o minerales: _____
- té o productos de hierbas: _____
- otro; especifique: _____
- ninguno de los anteriores

5. El mes pasado mi bebé tuvo: (marque todas las que correspondan)

- diarrea
- estreñimiento
- vómitos, regurgitación o reflujo
- ninguno de los anteriores

6. Dígame cómo va la lactancia:

- muy bien
- podría tener alguna ayuda o apoyo
- dejé la lactancia
- no estoy en período de lactancia

7. Mi bebé muestra que tiene hambre cuando:

8. Mi bebé muestra que está satisfecho cuando:

9. Ayer, mi bebé tuvo: (especifique la cantidad)

_____ pañales mojados

_____ pañales sucios

10. En los últimos seis meses, me preocupé por quedarme sin comida antes de tener dinero para comprar más.

- nunca
- en algunas ocasiones
- con frecuencia