



EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICION PARA NIÑOS DE 1-5 AÑOS

NOMBRE Y DCN DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: <input checked="" type="checkbox"/> Rango de meses <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
Formulario completado por: <input type="checkbox"/> Padre/Tutor Legal o <input type="checkbox"/> Personal de WIC: <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nutriólogo <input type="checkbox"/> Certificador del Programa WIC			
Por favor piense en el patrón alimentario de su hijo y conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Marque el casillero <input checked="" type="checkbox"/> y/o <u>escriba</u> su respuesta.			
ADULTO A CARGO			
1. ¿Cómo describiría el apetito de su hijo? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malo			
2. ¿Ha notado algún cambio reciente en el apetito de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Tiene alguna pregunta acerca de los hábitos alimentarios de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", ¿cuáles?			
4. ¿Qué hace usted cuando su hijo no quiere comer o solamente quiere comer un determinado tipo de alimento?			
5. ¿Su hijo con frecuencia se ahoga o atraganta con la comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", enumere:			
6. ¿Cómo se preparan la mayoría de los alimentos que come su hijo? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Molidos <input type="checkbox"/> Puré o comida para bebés <input type="checkbox"/> Cortados en trocitos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Para comer con los dedos <input type="checkbox"/> Otros:			
PATRÓN DE COMIDAS			
7. ¿Cuántas veces al día come su hijo? ____ comidas/día ____ refrigerios/día ¿Qué tipo de alimentos come su hijo como refrigerio? Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Leche, yogurt, queso <input type="checkbox"/> Carne, pescado, huevos, frijoles <input type="checkbox"/> Frutas o verduras <input type="checkbox"/> Pan, cereal, arroz y pasta <input type="checkbox"/> Papitas/alimentos salados <input type="checkbox"/> Galletas/pasteles/alimentos dulces			
8. ¿Cuántos días a la semana comen todos juntos en su familia? ____ días/semana			
9. A la hora de las comidas, ¿con qué frecuencia su hijo come los mismos alimentos que el resto de la familia? (Marque uno) <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Muy pocas veces Si contestó "muy pocas veces", ¿Qué come su hijo? Enumere:			
10. ¿Cuántos días a la semana su hijo come en un centro de cuidado infantil (incluyendo a Head Start)? ____ días/semana			
11. En una semana normal, ¿cuántas comidas come su hijo en restaurantes, incluyendo comida rápida? ____ comidas/semana			
12. En un día, ¿cuántas comidas o refrigerios come frente a la TV? ____ refrigerios/día ____ comidas/día			
PATRÓN ALIMENTARIO			
13. ¿Cómo están preparadas la mayoría de las comidas? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Al horno <input type="checkbox"/> Fritas <input type="checkbox"/> Hervidas <input type="checkbox"/> Asadas <input type="checkbox"/> A la plancha <input type="checkbox"/> A la parrilla <input type="checkbox"/> En el microondas			
14. ¿Hay algún alimento que usted considera que su hijo no está comiendo lo suficiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Leche, yogurt, queso <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Pan, cereal, arroz y pasta			
15. ¿Hay algún alimento que usted considera que su hijo está comiendo demasiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", enumere:			
16. ¿Su hijo come con frecuencia alimentos dulces como paletas, caramelos, cereales azucarados o postres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", enumere los alimento(s) y cantidad(es):			
*17. Su hijo come alimentos como:			
a. jugos de fruta o verduras no pasteurizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. productos lácteos no pasteurizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
d. carnes, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o no bien cocidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
e. brotes de verduras crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
f. tofu crudo o no bien cocido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
g. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*18. ¿Su hijo come habitualmente objetos que no son alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Cenizas <input type="checkbox"/> Barro <input type="checkbox"/> Trozos de pintura <input type="checkbox"/> Fibras de alfombras <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cigarrillos o colillas de cigarrillos <input type="checkbox"/> Espuma de caucho <input type="checkbox"/> Almidón (para lavandería o para cocinar) <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Otros:			

19. ¿Su hijo come solo? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
 Come con los dedos Utiliza un tenedor/cuchara Bebe de una taza para niños Bebe de una taza o vaso común
 Otros:

*20. ¿Su hijo sigue una dieta especial? Sí No
 Si contestó "sí", marque: Vegetariana Vegan Bajas calorías/pérdida de peso Alergia o intolerancia a alimentos
 Macrobiótica Otro:

21. ¿Está amamantando a su hijo? Sí No
 Si contestó "sí", ¿con qué frecuencia?

BEBIDAS

22. ¿Su hijo bebe leche? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Fórmula (nombre) _____
 Sin grasas (descremada) Semidescremada (1%) Reducida en grasas (2%) Entera
 De arroz o soja fortificada De arroz o soja sin fortificar En polvo Evaporada Condensada y endulzada Leche de cabra
 Otro:

23. ¿Con qué frecuencia su hijo bebe leche? (Marque uno)
 Muchas veces/día (más de 3 tazas) Varias veces/día (3 tazas) Una vez/día (1 taza) Menos de una vez/día

*24. ¿Qué otras bebidas bebe su hijo en un día normal? Marque todo lo que corresponda.
 Jugo (100%) Agua Agua con azúcar Bebidas de fruta
 Bebidas deportivas Refresco/soda Refresco/soda de dieta Café/té
 Agua de gelatina/Kool-Aid Otro:

25. ¿Con qué frecuencia su hijo bebe jugo de fruta al 100%?
 Muchas veces/día (más de 3 vasos) Varias veces/día (3 vasos) Una vez/día (1 vaso) Menos de una vez/día

26. ¿Cuál es la principal fuente de agua de su hijo? (Marque uno)
 Red urbana de aguas corrientes Sistema de abastecimiento rural Pozo privado Agua embotellada
 a. Si es de pozo privado, ¿ha sido analizado para detectar bacterias y nitratos? Sí No No sabe
 Si contestó "sí", marque cuál fue el resultado: Seguro Inseguro No sabe
 b. ¿Sabe si su agua es fluorada? Sí No No sabe
 c. ¿Su hijo se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor? Sí No No sabe

BIBERÓN Y TAZAS PARA NIÑOS

27. ¿Su hijo bebe de biberón? Sí No

28. ¿Qué bebe en el biberón frecuentemente? Marque todo lo que corresponda.
 Leche Jugo Agua Bebidas de fruta Bebidas deportivas Refresco/soda Café/té
 Cereal/otros alimentos sólidos agregados al biberón Otros:

29. ¿Su hijo se lleva el biberón o la taza para niños a la cama en la noche o a la hora de la siesta? Sí No

30. ¿Su hijo lleva consigo un biberón o taza para niños durante el día? Sí No

SUPLEMENTOS

31. ¿Su hijo toma alguna vitamina, mineral, hierbas o suplemento de hierbas? Sí No
 Si contestó "sí", marque el tipo. Multivitamina para niños Suplemento de hierro Suplemento de flúor
 Suplemento de hierbas Otro:

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

32. Durante el mes pasado, ¿usted o alguien en su familia comió alguna vez menos de lo que considera que debería haber comido o no comió durante un día porque no había dinero suficiente para la comida? Sí No No sabe/no contesta

33. ¿Su hijo se encuentra inscripto en "Early Head Start", "Head Start" o "Parents as Teachers"? Sí No

34. ¿Su familia participa en algún programa de alimentación o nutrición? Sí No
 Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. Cupones alimentarios Almuerzo escolar
 Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés)
 Programa de productos Donación de alimentos Otro:

35. ¿Tiene usted el equipamiento adecuado para almacenar y preparar alimentos tales como un refrigerador y una cocina que funcionen y un depósito libre de plagas y químicos nocivos? Sí No

ACTIVIDAD FÍSICA

36. En un día normal, ¿cuántas horas su hijo mira TV, juega con videojuegos y/o juega en la computadora?
 Menos de 1 hora 1-2 horas Más de 2 horas

37. En un día normal, ¿cuántas horas su hijo juega al aire libre? Menos de 1 hora 1-2 horas Más de 2 horas

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL PROGRAMA WIC

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):	FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):
FECHA:	FECHA: