

Cuestionario Sobre Alimentación/Nutrición para los Padres (para edades de 0 a 5 años) - PEACH

Imprenta por favor

Nombre del niño: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Nombre del médico: _____
 Estatura: _____ Peso: _____ Fecha: _____
 ¿Es actualmente su hijo atendido en alguna Clínica WIC? _____
 ¿Alguna vez su hijo ha sido visto por un nutricionista? _____
 Si la respuesta es sí, ¿por quién? _____

Nombre padre/guardia legal: _____
 Núm. teléfono: _____
 Horario conveniente para llamar: _____
 Padres correo electrónico: _____
 Padres dirección: _____

DIRECCIONES: Por favor, marque sus respuestas. Para cada respuesta SI, sume el número de la última columna. Escriba el resultado de la suma al final.

1 ¿Tiene su hijo algún problema de salud? No incluya resfríos o gripes. Si responde sí, ¿cuál?	SI		NO		1
2 Su hijo es: (si marca alguna de las siguientes, por favor circule SI) Pequeño para su edad <input type="checkbox"/> Demasiado delgado <input type="checkbox"/> Demasiado pesado <input type="checkbox"/>	SI		NO		3
3 ¿Su hijo tiene problemas para comer? Si marca sí, ¿cuáles?	SI		NO		3
4 ¿El apetito de su hijo es un problema? Si responde sí, describir:	SI		NO		1
5 ¿Su hijo tiene una dieta especial? Si responde sí, ¿qué tipo de dieta?	SI		NO		2
6 ¿Su hijo toma medicina para algún problema de salud? (NO incluir vitaminas, hierro o flúor). Nombre de la/s medicina/s:	SI		NO		1
7 ¿Tiene su hijo alguna alergia a ciertas comidas? Si responde sí, ¿a qué tipo de comida?	SI		NO		1
8 ¿Usa su hijo un tubo alimenticio u otro método para alimentarse? Si responde sí, explicar:	SI		NO		4
9 ¿Tiene su hijo problemas para comer alguna de estas comidas? Marque todas las que apliquen. Leche <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/>	SI		NO		1
10 ¿Tiene su hijo algunos de los siguiente problemas? Marque todos las que apliquen. Succionar <input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Ahogarse <input type="checkbox"/> Las comidas duran más de 30 minutos <input type="checkbox"/>	SI		NO		3
11 ¿Tiene su hijo alguno de estos problemas? Marque todos las que apliquen. Heces muy blandas <input type="checkbox"/> Heces duras <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Escupe <input type="checkbox"/>	SI		NO		3
12 ¿Su hijo come barro, pintura saltada, tierra u otra cosa que no sea comida? Si responde sí, ¿qué?	SI		NO		2
13 ¿Su hijo se reusa a comer, tira la comida o hace otras cosas para hacerle enojar a la hora de la comida? Si responde sí, explicar:	SI		NO		2
14 Para infantes menores de 12 meses que se alimentan por biberón: ¿Su hijo bebe menos de 3 biberones de 8 onzas de fórmula o leche por día?	SI		NO		1
15 Para niños de mayores de 12 meses : marque si aplica y marque SI ¿Su hijo no está usando una taza? <input type="checkbox"/> ¿Su hijo no come con las manos? <input type="checkbox"/>	SI		NO		1
16 Para niños mayores de 18 meses : ¿Su hijo todavía bebe la mayoría de los líquidos con el biberón?	SI		NO		2
17 Para niños mayores de 18 meses : Marque SI, si su hijo no está usando la cuchara.	SI		NO		2

Otros comentarios:

TOTAL: _____

Para puntaje 4 o mayor, entregar a los padres formulario de Autorización para Intercambiar Información y enviar una copia a Nutricionistas como se detalla a continuación y otra a la terapeuta ocupacional de AEA.

Stephany Brimeyer, MPH, RD, LD
 Child Health Specialty Clinics Nutrition Coordinator
 865 Lincoln Road Suite 500
 Bettendorf, Iowa 52722

Phone: 563-344-2253
 Fax: 563-344-2255
 Email: Stephany-brimeyer@uiowa.edu

Calificado por: _____ Fecha: _____ Agencia y teléfono: _____