



Historia de salud alimentaria para bebés

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

FDN: _____ Edad: _____

Historia de alimentación con pecho para bebés

1. ¿Amamanta actualmente a este bebé?
 Sí No
2. Si contesta "No", ¿alguna vez amamantó a este bebé o lo alimentó con leche materna?
 Sí No

Bebé amamantado (total o parcialmente)

3. ¿Cuántas veces ha alimentado a este bebé en las últimas 24 horas? _____
4. ¿Cuánto tiempo duró cada alimentación? _____
5. ¿Ha tenido usted algún problema para amamantar?
 Sí No

Si contesta "Sí", haga una lista de los problemas:

6. ¿Cuántos pañales ensucia el bebé al día? _____

Bebé alimentado con biberón (Conteste solo si alimenta a este bebé con biberón.)

7. ¿Qué tipo de fórmula para bebés usa usted para este bebé?
 En polvo Concentrada Lista para usar
8. ¿Cómo se llama la fórmula? _____
9. ¿Cómo se diluye y se mezcla la fórmula para bebés?

10. ¿Añade usted a la fórmula para bebés alguna cosa aparte de agua?
 Sí No
Si contesta "Sí", ¿qué añade? _____
11. ¿Hierve el agua antes de mezclarla con la fórmula para bebés?
 Sí No
12. ¿Cuántos biberones prepara usted al mismo tiempo? _____
13. ¿Cuánta leche materna o fórmula para bebés le echa a cada biberón?

14. ¿Cuánta leche materna o fórmula para bebés toma este bebé en cada alimentación? _____
15. ¿Cuántos biberones de leche materna o fórmula para bebés toma este bebé en 24 horas? _____

16. ¿Cuánto dura una lata de fórmula para bebés? _____
17. ¿Qué hace con la leche materna o fórmula para bebés que sobra en el biberón?

18. ¿Cómo limpia los biberones y el equipo? _____
19. ¿Cómo guarda los biberones de leche materna o de fórmula para bebés preparada? _____

Todos los bebés

20. ¿Carga siempre al bebé mientras lo alimenta?
 Sí No
21. ¿Acuesta al bebé con un biberón?
 Sí No
22. ¿Apoya el biberón con algo?
 Sí No
23. ¿Le permite al bebé gatear o caminar con una taza o el biberón?
 Sí No
24. ¿Le da a este bebé un biberón cada vez que llora?
 Sí No
25. ¿Usa el biberón para darle líquidos aparte de leche materna, fórmula para bebés o agua?
 Sí No
Si contesta "Sí", ¿qué líquidos le da? _____
26. ¿Le ha dado alguna vez a este bebé algunas bebidas aparte de la leche materna o fórmula para bebés?
 Sí No
Si contesta "Sí", ¿cuánto tenía el bebé? _____
27. ¿Le da a este bebé algunos de los siguientes?

a. jugo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. agua	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. té o café	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. refresco u otras bebidas azucaradas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. jarabe de maíz, azúcar o sal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. miel de abeja	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre: _____

FDN: _____

28. ¿Le ha dado alguna vez a este bebé **alimentos** aparte de la leche materna o fórmula para bebés?

Si contesta "Sí", ¿a qué edad? _____

Si contesta "No", siga con la **Historia médica para bebés**.

29. ¿Qué alimentos o bebidas, aparte de la leche materna o fórmula para bebés, le dio a este bebé en las últimas 24 horas? (Favor de hacer una lista y anotar las cantidades).

30. ¿Usa este bebé los dedos para comer?

Sí No

¿Cómo le da de comer a este bebé los alimentos sólidos? _____

Historia médica para bebés

31. ¿Dónde recibe este bebé la atención médica? _____

32. ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención médica? _____

33. ¿Ha tenido algún problema médico este bebé?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista: _____

34. ¿Le da a este bebé una dieta especial o sigue algunas instrucciones especiales?

Sí No

Si contesta "Sí", ¿qué dieta o instrucciones sigue? _____

35. ¿Tiene este bebé algún problema de alimentación?

Sí No

Si contesta "Sí", ¿qué problemas tiene? _____

36. ¿Limita o evita algunos alimentos o no se los da a este bebé por algún motivo?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista: _____

37. ¿Ha tenido este bebé alguna cirugía, quemadura o lesión grave??

Sí No

38. ¿Toma este bebé algún medicamento?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista: _____

39. ¿Le da a este bebé algunos de los siguientes?

a. medicamentos a base de hierbas Sí No

b. vitaminas/minerales Sí No

40. ¿Tiene usted algunos de los siguientes?

a. una estufa que funciona Sí No

b. un refrigerador que funciona Sí No

c. agua corriente Sí No

41. Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?

Sí No

42. ¿Tiene miedo de que algún conocido los lastime a usted y a su bebé?

Sí No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

43. ¿Le preocupa a veces no poder comprar suficiente comida para darle de comer a su familia?

Sí No

Puede comunicarse con la Red de Información y Envío de Texas llamando al 2-11 o en línea en <http://www.211Texas.org>.

Staff Comments
