



HEAD START - TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE TEMPORADA

CUESTIONARIO SOBRE NUTRICIÓN PARA BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre / Madre Entrevistado: _____ Fecha de la Entrevista: _____

Nombre del Entrevistador: _____ Título: _____

1. ¿Amamanta a su niño? Sí No ¿O lo alimenta con fórmula? Sí No o ¿ambos? Sí No

Si usa fórmula, ¿qué marca? _____

¿Está la fórmula fortificada con hierro? Sí No

¿Cuánta fórmula usa en 24 horas? _____

2. ¿Toma leche su niño? Sí No Si es sí, ¿qué tipo? (ejemplo: 2%, entera, descremada) _____

3. ¿Toma leche su niño en un biberón? Sí No

¿Qué? _____

¿Cuándo? _____

¿Cuánto? _____

4. ¿Por lo general, se lleva su niño un biberón a la cama? Sí No

Si es sí, por lo general, ¿qué contiene el biberón? _____

5. ¿Usa su niño una taza por sí sólo? Sí No

6. ¿A qué hora come alimentos su niño durante el día? (aparte de fórmula o leche)

7. Por favor indique cuáles alimentos, si su niño(a) come alguno de éstos y con qué frecuencia.

	Nunca o Casi Nunca (menos de una vez por semana)	A veces (No diariamente pero por lo menos una vez por semana)	Todos los días o casi todos los días	Por lo menos de 2 a 3 veces al día
huevos	_____	_____	_____	_____
frijoles / habichuelas y guisantes	_____	_____	_____	_____
carne, pescado, pollo	_____	_____	_____	_____
pan, arroz, pasta, maíz molido (sémola), cereal	_____	_____	_____	_____
tortillas, papas	_____	_____	_____	_____
frutas o jugos de fruta	_____	_____	_____	_____
verduras o vegetales	_____	_____	_____	_____



HEAD START - TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE TEMPORADA

8. ¿Cuáles frutas, jugos y verduras o vegetales come o toma su niño con más frecuencia o a menudo?

9. ¿Hay algún alimento o bebida que no le guste a su niño(a)? Sí No
Si es sí, ¿cuál?:

10. ¿Tiene su niño algún problema de alimentación? Sí No
Si es sí, ¿cuál?

11. ¿Toma su niño vitaminas o gotas con hierro? Sí No
Si es sí, ¿cuáles? _____
¿Con qué frecuencia? _____

12. ¿Está su niño en una dieta especial? Sí No
Si es sí, ¿por qué?

¿Qué tipo?

EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN

(Sólo para uso de oficina)

Crecimiento

Fecha _____ Edad _____ Años. _____ Meses _____ Peso _____ Estatura _____

Fecha Prueba de Anemia _____ Hemoglobina _____ o Hematocrito _____

Fecha Re-Evaluación _____ Hemoglobina _____ o Hematocrito _____

Recomendaciones del nutricionista

Firma del Nutricionista

Fecha

(Cuando la evaluación sea completada, complete el aviso a los padres "formulario sobre resultados de la evaluación" y archive una copia en el expediente de salud del niño.)