ENTREVISTA DE NIÑO

Nombre/ Número de Participante:

Entrevista hecha por:

Fecha:

Salud/ Historial Médico

1a ¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud de <nombre de niño/a>?

1b. ¿<Nombre de niño/a alguna enfermedad diagnosticada por un médico?

1c. ¿Actualmente está <nombre del niño/s> tomando algún medicamento?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Medicamentos que comprometan la estado nutricional

Inmunizaciones

*2a Se le ha dado la vacuna de DtaP? ☐ Si ☐ No _____#DtaP *

Salud Vocal/ Oral

3a ¿Cómo cuida los dientes de <nombre de niño/a>?

3b. ¿<Nombre de niño/ a> ya ha sido visto por un dentista? ☐ Si ☐ No ☐ 381 Problemas dentales

Estilo de Vida

4a ¿Qué tipo de actividades disfruta <nombre del niño/a>?

*4b. _____# de horas de TV o video juegos al día

*4c. ¿Hay alguien viviendo en la casa que fume dentro del hogar? ☐ Si- 904 Exposición a humo ambiental

Prácticas Nutricionales

*5a Descripción de amamantamiento: ☐ Nunca fue amamantado/a ☐ actualmente amamantando

☐ Ya no está siendo amamantado/a

*5b. ¿Qué edad tenía <nombre de niño/a> cuando dejo de ser amamantado/a? _____Edad en semanas

5c. ¿Porqué dejo de ser amamantado <nombre de niño/a>?

5d. ¿Cuénteme que le gusta y no le gusta comer y beber a <nombre de niño/a>?

- Escuche, pregunte y evalúe por:
- Apetito
- Patrones alimenticios
- Frecuencia
- Problemas alimenticios
- Bebidas/ Recipientes
- Preparación de comidas
- Caprichos alimenticios/ Rehúso a comer
- Comidas que le gusta o no le gustan
- Pica

5e. ¿Cómo son las horas de comida?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Ambiente
- Circunstancias de la hora de comer
- Cuando, donde, y con quien

5f. ¿Hay algo que a usted le gustaría ver un cambio en lo que le gusta comer a <nombre de niño/a>?

5g. ¿Hay alguna comida que le gustaría que <nombre de niño/a> comiera más o comiera menos?

5h. ¿<Nombre de niño/a> toma vitaminas/ minerales? ☐ Si ☐ No

5i. ¿<Nombre de niño/a> toma alguna hierba o suplementos alimenticios? ☐ Si ☐ No

Prácticas Nutricionales

- ☐ 425a Bebidas inapropiadas como procedencia de leche primaria
- ☐ 425b Consumo frecuente de bebidas que contienen azúcar
- ☐ 425c Uso inapropiado de biberón/ vaso/ o chupón
- ☐ 425d Desconsideración de necesidades de desarrollo
- ☐ 425c Ofreciendo alimentos que potencialmente pueden ser dañinos
- ☐ 425h- Dieta baja en calorías y nutrientes
- ☐ 425h- Fluoruro inadecuado y/o suplemento de Vit D (cuando necesario)
- ☐ 425i- Comiendo objetos no alimenticios (Pica)
- ☐ **Otros Factores de Riesgo**
- ☐ 353- Alergia alimenticia, trigo, grano/ maíz, soya, cacahuates (maní), huevos, leche, grupo alimenticio en su totalidad
- ☐ 401 Insuficiencia de los niveles alimenticios en los Estados Unidos
- ☐ 428 Prácticas de alimentos complementarios <24 meses de edad

Ambiente Social

6a. ¿En qué más le puedo ayudar? Escuche, pregunte y evalúe por:

- Abuso/ negligencia en los últimos 6 meses
- Capacidad limitada para tomar decisiones de cómo alimentar o preparar alimentos
- ☐ 902: Cuidador primario con capacidad limitada para tomar decisiones de como alimentar