ENTREVISTA DE INFANTE- AMANTAMIENTO/ PARCIAL

Nombre/ Numero de participante:

Entrevista hecha por: Fecha:

Prácticas Nutricionales

1 a. Cuénteme como le va amamantando a <nombre de bebé>

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Señales de hambre o saciedad
- Número de pañales sucios/ mojados
- Cambios en apetito
- Vómito
- Amamantado o fórmula
- Estreñimiento o diarrea

1b. ¿Qué dificultades está teniendo?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Frecuencia
- Dificultad para prenderse o posicionarse
- Succión débil o inefectiva
- Ictericia (alto nivel de bilirrubina)
- Apoyo de amamantamiento

☐ 603 Complicaciones de Amamantamiento
☐ 603a- Ictericia
☐ 603b- Succión débil o inefectiva
☐ 603c- Dificultad de prenderse de pecho
☐ 603d- Evacuaciones inadecuadas para la edad o más 6 pañales mojados al día

1c. Si ofreciendo biberón, escuche, pregunte y evalúe por:

- Cantidad de leche materna/ fórmula
- Onzas/ biberón y biberones/ diarios
- Marca/ tipo de fórmula
- Como es mezclada la fórmula
- Procedencia de agua
- Alimentos además de leche materna/ fórmula
- Almacenamiento y manejo

1d. ¿Su bebé ha recibido algo además de leche materna? ☐ Si ☐ No

Edad en semanas_____

*1e. ¿Qué edad tenia <nombre de bebé> cuando le ofrecieron algo que no fuera leche materna?

Edad en semanas_____

*1f. ¿Qué edad tenía <nombre de bebé> cuando le ofrecieron fórmula por primera vez?

Edad en semanas_____

*Descripción de Amamantamiento

☐ Exclusivamente amamantando- Exclusivo
☐ Primordialmente Exclusivo/ No paquete alimenticio- Exclusivo

- ☐ Primordialmente Exclusivo/ Alimentos complementarios- No fórmula o mínima cantidad proporcionada
- ☐ Primordialmente amamantando- fórmula proporcionada- vale/ novel parcial
- ☐ No está amamantado
- ☐ Nunca amamantó

1g. ¿Qué más le da de comer a <nombre de bebé>?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Introducción temprana de alimentos sólidos
- Alimentos apropiados conforme al desarrollo
- Uso de vaso- tipo, uso, contenido

1h. ¿Qué situaciones provocaron que a <nombre de bebé> le ofrecieran otros alimentos/bebidas?

1j. ¿Su bebé toma vitaminas o minerales? ☐ Si ☐ No

1k. ¿Su bebé toma alguna hierba o suplementos alimenticios? ☐ Si ☐ No

1l. ¿Qué preguntas tiene de cómo amamantar a <nombre del bebé>?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Están saliendo los dientes/ mordiendo
- Bebé prefiere un pecho sobre otro
- Bebé no está interesado
- Tirando leche/ cuidado de pezones
- Llenura de pechos
- Necesidad de extractor de leche/ preguntas
- Planea regresar a trabajo o escuela

Prácticas Nutricionales:

- ☐ 411a - Substituto inapropiado de leche materna o fórmula
- ☐ 411b - Uso inapropiado de biberón o vaso
- ☐ 411c - Alimentos complementarios inapropiados en tipo y tiempo
- ☐ 411d - Desconsideración de necesidades de desarrollo
- ☐ 411e - Ofreciendo comidas potencialmente dañinas (salubridad)
- ☐ 411f - Fórmula inadecuadamente diluida
- ☐ 411g - Amamantando inadecuadamente (amamantando exclusivamente)
- ☐ 411h - Dieta baja en calorías y nutrientes
- ☐ 411i- Manejo inadecuado y no seguro de fórmula o leche materna
- ☐ 411j - Suplementos alimenticios con consecuencias potencialmente dañinas
- ☐ 411k - Fluoruro inadecuado y/o suplementación de Vit D (cuando necesario)

Otros Factores de Riesgos Nutricionales

- ☐ 353- Alergias alimenticias: Trigo, grano/maíz, soya, cacahuates (maní), huevos, totalidad de grupo alimenticio
- ☐ 428 - Prácticas de alimentos complementarios (4 meses a < 24 meses)

1m. ¿Qué otras preguntas o preocupaciones tiene sobre como alimentar a <nombre de bebé>? ¿Hay algo que le gustaría cambiar?

Escuche, pregunte, evalúe por:

- Progreso de dieta
- Preparar comida para bebé
- Cuando ofrecer alimentos sólidos
- Introducir el vaso
- Destetar del pecho o biberón
- Tipo de sólidos

Salud/ Historial Médico

2a ¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud de <nombre de bebé>?

2b. ¿<Nombre de bebé> tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico? ☐ Si ☐ No

2c. ¿Actualmente <nombre de bebé> toma algún medicamento? Si ☐ No ☐

Inmunizaciones

3a ¿Podemos repasar el registro de vacunación de _<nombre de niño/a>?

3b. ¿Se ha dado la vacuna de DTaP? ☐ Si ☐ No _____#DTaP

Salud Vocal/ Oral

¿Qué preguntas tiene sobre el cuidado de las encías y dientes de <nombre de bebé>?

☐ 381 Problemas dentales

Estilo de Vida

5a ¿Qué tan activo es <nombre de bebé> en su vida diaria?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Carreola
- Corral de juego
- Asientos de infantes
- Asientos de seguridad para automóvil
- Gatear
- Rodarse
- Mover músculos/ masaje
- Caminar

*5b. ¿Hay alguien que viva en su casa que fume dentro del hogar?
☐ Si – 904 Exposición Humo ambiental