

# ENTREVISTA DE EMBARAZO

Nombre/ Número de participante

Entrevista hecha por:

Fecha:

## Salud/ Historial Médico

1a. ¿Cómo va su embarazo?

Escucha, pregunta y evalúa por.

- Está obteniendo cuidado prenatal
- Nausea/ vómito
- Agruras
- Estreñimiento
- Embarazos previos

301 Hiperémesis gravídica (nauseas y vómitos severos durante el embarazo)

335 Gestación de fetos múltiples

1b. \_\_\_\_ Número de bebés en este embarazo

\*1c. ¿Es este su primer embarazo?      Si       No

\_\_\_\_ Número de embarazos previos

\_\_\_\_ Número de nacimientos vivos

\_\_\_\_ Número de embarazos que han pasado las 20 semanas/ 5 meses

Fecha del último parto/ aborto/ pérdida de bebé o aborto espontáneo \_\_\_\_\_

1d. ¿Hubo complicaciones en embarazos previos?

Hx es historial

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 303- Hx Diabetes Gestacional                                     | <input type="checkbox"/> 339- Hx defectos congénitos                                    |
| <input type="checkbox"/> 311- Hx Parto prematuro menos de 37 semanas                      | <input type="checkbox"/> 345- Hx hipertensión crónica o parto inducido                  |
| <input type="checkbox"/> 312- Hx Infantes de nacimiento con bajo peso menos de 5.5 libras | <input type="checkbox"/> 304- Hx preeclampsia (hipertensión durante el embarazo)        |
|   | <input type="checkbox"/> 321- Hx pérdida de bebé, aborto espontáneo, o pérdida neonatal |

1e. ¿Cómo se ha sentido esta semana?

Escucha, pregunta y evalúa por

- Nausea
- Vómito
- Incomodidad

¿Cómo se siente de su aumento de peso?

301- Hiperémesis gravídica

302- Diabetes gestacional

\*1f. ¿Ya ha ido al médico?  Si  No

\* Cuidado prenatal comenzó después de las 13 semanas  Si  No

1g. Cuénteme acerca de cualquier problema médico o enfermedad que tenga. ¿Su médico ha diagnosticado algún problema?  Si  No

Escuche, pregunte y evalúe por:

-Condición médica previa al embarazo

-Discapacidad

-Preocupaciones de salud

-Enfermedad

1h. ¿Actualmente está usted tomando algún medicamento?  Si  No

1j. ¿Tiene dificultad para comer o masticar ciertos alimentos?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Cuidado vocal/ refiera
- Caries/ picaduras de los dientes

- Pérdida de dientes
- Discapacidad para comer
- Gingivitis

381- Problemas Dentales

### **Prácticas nutricionales**

2a. ¿Cuénteme qué le gusta comer y beber?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Apetito
- Horas de las comidas
- Comidas, refrigerios y bebidas
- Patrones alimenticios
- Frecuencia
- Problemas alimenticios
- Preparación de comidas
- Que comidas te gustan/ no te gustan
- Pica

2b. ¿Qué le gustaría cambiar de sus hábitos alimenticios?

2c. ¿Hay algo en particular de lo que usted quisiera comer más o comer menos?

\*2d. ¿En el mes previo a su embarazo de este bebé, cuántas veces a la semana tomaba su multivitamina?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1x/ semana | <input type="checkbox"/> 5x/ semana  |
| <input type="checkbox"/> 2x/ semana | <input type="checkbox"/> >7x/ semana |
| <input type="checkbox"/> 3x/ semana | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> 4x/ semana |                                      |

\*2e. ¿Ha tomado vitaminas/ minerales el mes pasado?

- Si       No       Desconocido

2f. ¿Actualmente toma algunas hierbas o suplementos dietéticos?

- Si       No       Desconocido

Prácticas Nutricionales:

- 427a- Consumo de suplementos que conlleven consecuencias dañinas
- 427b- Consumo de dieta baja en calorías
- 427c- Ingestión compulsiva de objetos no alimenticios (pica)
- 427d- Suplementación inadecuada de vitaminas y minerales
- 425e- Ingestión de alimentos potencialmente dañinos (salubridad)
- 353- Alergias alimenticias: trigo, grano/ maíz, soya, cacahuates (maní), huevos, leche, totalidad de algún grupo alimenticio
- 401- Insuficiencia de los niveles alimenticios en los Estados Unidos (>=24 meses de edad)

<b>Estilo de Vida</b>
-----------------------

\*3a. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántos cigarrillos fumaba en un día común?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos/ día

\*3b. ¿Actualmente cuántos cigarrillos fuma en un día común? \_\_\_\_\_ cigarrillos/ día

\*3c. ¿Hay alguien que viva con usted y fume adentro de la casa?  Si 94/ humo ambiental  No

3d. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana común? \_\_\_\_\_ bebidas/ semana

\*3e. ¿Ha consumido alcohol durante este embarazo?  Si 372A Uso de alcohol  No

\*3f. ¿Actualmente cuántas bebidas alcohólicas consume en una semana común?

\_\_\_\_\_ Bebidas/ semana

3g. ¿En los 3 meses antes de su embarazo consumió drogas callejeras? ¿Y actualmente?

372B Consumo de droga ilegal

3h. ¿Qué hace para mantenerse físicamente activa?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Actividades físicas
- Caminar
- Jugar con los niños
- Parques
- Acceso a centros de recreación/ gimnasio
- Frecuencia de actividad

### **Preparación para el Amamantamiento**

4a. ¿Qué ha oído acerca del amamantamiento?  Interesada en amamantar

Escucha, pregunta y evalúe por:

- Interés en amamantar
- Mitos
- Inquietudes
- Sistema de apoyo

4b. ¿Ha amamantado en el pasado?  Si  No

338 mujer embarazada actualmente amamantando \_\_\_\_\_ Periodo de tiempo en semanas

Motivos por los cuales dejo de amamantar:

4c. ¿Si ha amamantado en el pasado, cómo fue la experiencia?

- Felicite y anime

4d. ¿Qué dice su familia, amigos, o pareja acerca del amamantamiento?

4e. ¿Platíqueme de los cambios que ha notado o inquietudes que tiene acerca de sus pechos?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Pezones Planos
- Invertidos
- Perforados
- Cirugías
- Dolor/ secreción
- Tamaño

**Ambiente Social**

5a. ¿En qué más le puedo ayudar?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Abuso/ negligencia en los últimos 6 meses
- Capacidad limitada para tomar decisiones alimenticias apropiadas o preparación de comidas
- Planeación familiar

*Aquí hay mamás que tienen experiencia amamantando y le pueden ayudar con la lactancia materna.*

*Voy a pedir que la llamen.*

**Interesada en el programa de Compañeras Consejeras de Lactancia**

Si

No

# AMAMANTANDO/ NO AMAMANTANDO

Nombre/ Número de participante

Entrevista hecha por:

Fecha:

## Apoyo de Amamantamiento

1/2a. ¿Cómo le está yendo en su experiencia de ser mamá?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Depresión postparto
- Dificultades
- Éxitos
- Capacidad de brindar cuidado

361 HW Depresión clínica

902 Cuidador primario con capacidad limitada de tomar decisiones de cómo alimentar

1b. ¿Cómo le está yendo amamantando?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Éxito
- Dificultades
- Producción de leche
- Dentición/ están saliendo los dientes/ mordiendo
- Bebé tiene preferencia por un pecho
- El bebé no está interesado
- Dolor/ cuidado de pezones
- Tirado de leche

602- Complicaciones de amamantamiento

602a pechos severamente llenos

602b Ductos obstruidos recurrentes

602c Mastitis

602d Pezones planos o invertidos

602c Pezones agrietados, sangrando o severamente adoloridos

602g Leche no bajo para el cuarto día postparto

602h Amamantamiento de dos bebés que no son gemelos

1c. ¿Cuánto tiempo planea amamantar a su bebé?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Regreso a trabajo o escuela
- Extractor Eléctrico/ manual
- Almacenamiento de leche
- Continuación de amamantamiento
- Anticipamiento a actual separación del bebé

1d. ¿Actualmente, está trabajando o está en la escuela más de 10 horas a la semana?  Si  No

1e. ¿Qué tipo de apoyo tiene para el amamantamiento?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Pareja/ esposo
- Otros miembros de la familia

- Amigas/ compañeras

- Ambiente de trabajo/ escuela

1f. ¿Necesita ayuda o asistencia del programa de WIC?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Equipo de amamantamiento, uso actual, tipo, experiencia
- Especialista de lactancia
- Referencia adicional

1g. Aquí hay mamás que tienen experiencia amamantando y le pueden ayudar con la lactancia materna. Voy a pedir que la llamen.

Interesada en el programa de compañeras consejeras de lactancia.  Si  No

### Salud/ Historial Medico

2b. ¿Qué inquietudes tiene usted o su médico acerca de su salud?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Condiciones médicas
- Planeación familiar

\*2c. ¿Alguna condición médica, enfermedad o necesidades especiales?  Si  No

2d. ¿Actualmente está tomando algún medicamento?  Si  No

\*2e. ¿Fue este su primer embarazo?  Si  No

\_\_\_\_ \*Número de embarazos previos

\_\_\_\_ Número de embarazos que pasaron las 20 semanas/ 5 meses

\_\_\_\_ \*Número de nacimientos vivos

\_\_\_\_ Número de bebés en este embarazo

2f. ¿Tuvo alguna complicación o condición especial durante este embarazo?

Hx: es historial

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 303- Hx Diabetes gestacional  | <input type="checkbox"/> 321c - (N) pérdida de bebé, aborto espontáneo, o pérdida neonatal |
| <input type="checkbox"/> 311 - Hx Parto prematuro  | <input type="checkbox"/> 325- Gestación de fetos múltiples                                 |
| <input type="checkbox"/> 312 - Hx Infantes de nacimiento con bajo peso   | <input type="checkbox"/> 339 - Hx defectos congénitos                                      |
| <input type="checkbox"/> 321b - (BF) Gestación de fetos múltiples con una o más pérdidas fetales o neonatales pero uno o más bebés que aún viven | <input type="checkbox"/> 304 - Hx preeclampsia   |

(Hipertensión durante el embarazo)

2g. ¿Tiene dificultad para comer o masticar ciertos alimentos?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| • Cuidado vocal/ refiera           | • Discapacidad para comer |
| • Caries/ picaduras de los dientes | • Gingivitis              |
| • Pérdida de dientes               |                           |

381 - Problemas Dentales

### **Prácticas de Nutrición**

3a. ¿Cuénteme que le gusta comer y beber?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| • Beber hasta saciar              | • Preparación de comidas                  |
| • Apetito                         | • Que comidas que le gustan/ no le gustan |
| • Horas de las comidas            | • Comidas con contenido de ácido fólico   |
| • Patrones alimenticios           | • Pica                                    |
| • Frecuencia                      |   |
| • Comidas, refrigerios, y bebidas |   |
| • Problemas alimenticios          |   |

3b. ¿Qué le gustaría cambiar de sus hábitos alimenticios?

3c. ¿Hay algo en particular de lo que usted quisiera comer más o comer menos?

3d. ¿Actualmente toma algunas vitaminas, minerales, hierbas o suplementos dietéticos?

Prácticas Nutricionales:

- 427a - consumiendo suplementos que conlleven consecuencias dañinas
- 427b - consumiendo dieta baja en calorías

- 427c - ingestión compulsiva de objetos no alimenticios (pica)
- 427d - suplementación inadecuada de vitaminas y minerales
- 425e - ingestión de alimentos potencialmente dañinos (salubridad)
- 353 - alergias alimenticias: trigo, grano, soya, cacahuates (maní), huevos, leche, totalidad de algún grupo alimenticio
- 401 - insuficiencia de los niveles alimenticios en los Estados Unidos ( $\geq 24$  meses de edad)

3e. ¿Tiene problemas con el almacenamiento y/o la preparación de las comidas?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Refrigeración
- Mesa familiar
- Equipo para cocina
- Agua potable

### Estilo de vida

\*4a. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántos cigarrillos fumaba en un día común?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos/ día

\*4b. ¿En los últimos 3 meses de su embarazo, cuántos cigarrillos fumaba en un día común?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos/ día

\*4c. ¿Actualmente cuántos cigarrillos fuma en un día común? \_\_\_\_\_ Cigarrillos/ día

\*4d. ¿Hay alguien en su casa que fume dentro del hogar?  Sí  No

\*4e. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana común? \_\_\_\_\_ Bebidas/ semana

\*4f. ¿En los últimos 3 meses de su embarazo, cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana común? \_\_\_\_\_ Bebidas/ semana

4g. ¿Actualmente toma alcohol?  Sí  No Sí así es ¿cuánto y que tan seguido?

\_\_\_\_\_ Bebidas/ semana 372/ AC Frecuente o actual consumo de  $\geq 2$  o más bebidas/ día o embriagues en los últimos 30 días

4g. ¿En los 3 meses previos a su embarazo consumió drogas callejeras? ¿Y actualmente? Si   
372/56 consumo de drogas ilegales

4h. ¿Cuáles son sus planes para re obtener su figura antes del embarazo?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Actividades físicas
- Jugar con los niños
- Caminar
- Parques

- Acceso a centro de recreación/  
gimnasio

- Frecuencia de actividad
- Cambios en la alimentación

<b><u>Ambiente Social</u></b>
-------------------------------

5a. ¿En qué más le puedo ayudar?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Abuso/ negligencia en los últimos 6 meses
- Capacidad limitada para tomar decisiones alimenticias apropiadas o preparación de comidas
- Planeación familiar

# **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 tenía <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:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están saliendo los dientes/ mordiendo</li> <li>• Bebé prefiere un pecho sobre otro</li> <li>• Bebé no está interesado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirando leche/ cuidado de pezones</li> <li>• Llenura de pechos</li> <li>• Necesidad de extractor de leche/ preguntas</li> <li>• Planea regresar a trabajo o escuela</li> </ul> |
|---|---|

Prácticas Nutricionales:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 411a - Substituto inapropiado de leche materna o fórmula</li> <li><input type="checkbox"/> 411b - Uso inapropiado de biberón o vaso</li> <li><input type="checkbox"/> 411c - Alimentos complementarios inapropiados en tipo y tiempo</li> <li><input type="checkbox"/> 411d - Desconsideración de necesidades de desarrollo</li> <li><input type="checkbox"/> 411e - Ofreciendo comidas potencialmente dañinas (salubridad)</li> <li><input type="checkbox"/> 411f - Fórmula inadecuadamente diluida</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 411g - Amamantando inadecuadamente (amamantando exclusivamente)</li> <li><input type="checkbox"/> 411h - Dieta baja en calorías y nutrientes</li> <li><input type="checkbox"/> 411i- Manejo inadecuado y no seguro de fórmula o leche materna</li> <li><input type="checkbox"/> 411j - Suplementos alimenticios con consecuencias potencialmente dañinas</li> <li><input type="checkbox"/> 411k - Fluoruro inadecuado y/o suplementación de Vit D (cuando necesario)</li> </ul> |
|---|---|

### 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

# 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:
- Appetito
- 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?  Sí  No

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

Prácticas Nutricionales

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

<b>Ambiente Social</b>
------------------------

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

# ENTREVISTA DE INFANTE- TOMANDO FÓRMULA

Nombre/ Número de Participante:

Entrevista hecha por:

Fecha:

## Prácticas Nutricionales

1a. ¿En algún momento amamantó a <nombre de bebé>?  Sí  No

\*1b. Sí si amamantó, ¿qué edad tenía <nombre de bebé> cuando dejo de amamantarlo por completo, o dejo de darle leche materna?

Edad en semanas \_\_\_\_\_

1c. ¿Cuál fue la razón principal por la cual dejó de amamantar?

\*1d. ¿Qué edad tenía <nombre de bebé> cuando le ofreció algo que no fuera leche materna?

Edad en semanas \_\_\_\_\_

\*1e. ¿Qué edad tenía <nombre de bebé> cuando le ofreció fórmula por primera vez?

Edad en semanas \_\_\_\_\_

\*Descripción de amamantamiento

- Exclusivamente amamantando
- Primordialmente Exclusivo/ No paquete alimenticio- Exclusivamente amamantando
- Primordialmente Exclusivo/ Alimentos complementarios- No fórmula o mínima cantidad proporcionada
- Primordialmente amamantando- fórmula proporcionada- vale/ novel parcial
- No está amamantado
- Nunca fue amamantado

1f. ¿Cuénteme cómo le va alimentando a <nombre de bebé>?

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

1g. Describa como prepara la fórmula.

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

1h. Además de fórmula, ¿qué más le da de comer a <nombre de bebé>?

Escuche, pregunte y evalúe por:

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

1i. ¿Su bebé toma vitaminas o minerales?  Sí  No

1j. ¿Su bebé toma alguna hierba o suplementos alimenticios?  Sí  No

1k. ¿Qué otras preguntas o preocupaciones tiene acerca de cómo alimentar a <nombre de bebé>? ¿O hay algo que le gustaría cambiar?

Escuche, pregunte y evalúe por:

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

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)

### 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?  Sí  No

2c. ¿Actualmente <nombre de bebé> toma algún medicamento? Sí  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