

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo.

1. ¿Está amamantando a su hijo ahora? (are you breastfeeding?)
 Sí. ¿Cuántas veces en 24 horas? _____
 No. ¿Durante cuánto tiempo lo amamantó? _____
¿Qué edad tenía su bebé cuando usted le empezó a dar fórmula? _____
2. ¿Cómo describiría la hora de la comida para usted y su familia?
3. ¿Cuántas comidas o bocadillos le ofrece a su hijo por día?
4. ¿Qué comidas le ofrece usualmente a su hijo?
5. ¿Cuáles son algunas de las comidas favoritas o menos favoritas de su hijo?
6. ¿Quién decide cuándo, cuánto, o qué come su hijo?
7. ¿Come su hijo carne de res, de ave, pescado o huevos crudos o medio crudos, o bebe leche o jugos sin pasteurizar?
8. ¿Qué tan bien se alimenta su hijo por sus propios medios?

9. ¿Qué usa su hijo para beber?
 Taza Vasito con popote Taza y biberón Biberón
10. ¿Si su hijo usa biberón, ¿cuáles son sus planes para hacer que deje de usarlo?
11. ¿Qué tipo de leche toma generalmente su hijo?
 Leche entera o 2% Leche 1% o descremada Leche de cabra
 Bebida de soja aprobada por WIC Otra: _____
12. Además de la leche, ¿qué otras bebidas toma su hijo generalmente? (marque todas las que correspondan)
 Agua Jugo de frutas Té Otra: _____
 Bebidas endulzadas (sodas, Kool-Aid®, ponche de frutas)
13. ¿Qué vitaminas o suplementos toma su hijo?
14. ¿Está su hijo recibiendo fluoruro?
 Sí No
15. ¿Está su hijo recibiendo un suplemento de vitamina D?
 Sí No No sé