

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre su bebé.**

1. ¿Cómo está alimentando a su bebé?  
 Amamanta       Amamanta y le da fórmula       Fórmula
  
2. Si su bebé sólo toma leche materna:
  - a. ¿Cuántas veces da de mamar a su bebé en 24 horas? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Amamanta usted a su bebé todas las veces que él/ella quiere?     Sí     No
  
3. Si su bebé toma leche materna y fórmula:
  - a. ¿Cuántas veces amamanta a su bebé en 24 horas? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Qué edad tenía su bebé cuando usted empezó a darle fórmula? \_\_\_\_\_
  
4. Si su bebé sólo toma fórmula
  - a. ¿Durante cuánto tiempo lo amamantó? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Qué edad tenía su bebé cuando usted empezó a darle fórmula? \_\_\_\_\_
  
5. **Si su bebé usa biberón:** (bottle)
  - a. ¿Qué toma su bebé generalmente en el biberón? (marque todo lo que corresponda)  
 Leche materna       Agua       Bebidas endulzadas (soda, Kool-Aid®)  
 Fórmula       Jugo de fruta       Cereal       Otro: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Se duerme su bebé con el biberón cuando echa una siesta o por la noche?     Sí     No
  
6. Si su hijo toma fórmula:
  - a. ¿Qué fórmula usa usted? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Qué tipo de fórmula usa usted?     En polvo     Concentrada     Lista para usar
  - c. ¿Cómo prepara usted la fórmula?
  
  - d. ¿Qué cantidad de fórmula toma su bebé por día?

7. ¿Cómo se da cuenta cuando su bebé tiene hambre o está satisfecho?
8. ¿Cuál es su plan para introducir cereal infantil y comidas para bebé en la dieta de su bebé?
9. ¿Cuál es su plan para introducir los alimentos que se comen con las manos? (finger foods)
10. ¿Cuál es su plan para introducir la taza?
11. ¿Cómo maneja y almacena usted la leche materna extraída o la fórmula que le sobra?
12. ¿Recibe su bebé un suplemento de vitamina D?
- Sí, tiene un suplemento o bebe un cuarto de galón de fórmula o leche por día.  
 No  No sé
13. Si su bebé tiene 6 meses de edad o menos, ¿está recibiendo fluoruro?
- Sí  Mi bebé todavía no tiene 6 meses.  No  No sé

---

Para solicitar este documento en diferente formato, por favor llame al 971-673-0040. TTY 1-800-735-2900.

WIC es un programa y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

[www.healthoregon.org/wic](http://www.healthoregon.org/wic)