



Condado de San Bernardino Preschool Services Department

Iniciativa de visitantes domiciliarios

Estudio de la Nutrición

Nacimiento – 23 Meses

ESCRIBA A MAQUINA O ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL NINO		SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NOMBRE DEL CENTRO		CLASE
NOMBRE DEL PADRE			NUMERO DE TELEFONO ( )		
<b>NACIMIENTO-CUATRO MESES DE EDAD</b>					
¿QUE LE DA DE COMER A SU NINO? <input type="checkbox"/> LECHE MATERNA <input type="checkbox"/> FORMULA		¿CUANTAS VECES LE DA PECHO (DENTRO) 24 HORAS?		¿TIENE DIFICULTAD DANDO PECHO? (Si Sí, especifica)	
¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTAS <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA)					
SI USA FORMULA, ¿USA USTED? <input type="checkbox"/> FORMULA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> FORMULA DE POLVO <input type="checkbox"/> LISTO PARA ALIMENTAR			¿NOMBRE DE LA FORMULA?	¿COMO MEZCLA LA FORMULA?	¿CUANTAS ONZAS DE FORMULA BEBE SU NINO EN 24 HORAS?
¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO			¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS		
¿TIENE PREOCUPACIONES SOBRE EL ALIMENTO DE SU NINO?		¿QUE HACE CON LA FORMULA QUE SOBRA?		FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA
<b>CINCO-OCHO MESES DE EDAD</b>			<b>NUEVE-ONCE MESES DE EDAD</b>		
¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS/INTOLERANCIAS? (Si sí, especifica e indica la reacción)			¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS/INTOLERANCIAS? (Si sí, especifica e indica la reacción)		
¿QUE LE ALIMENTA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> LECHE MATERNA QUE SEGUIDO _____ <input type="checkbox"/> FORMULA CUANTAS ONZAS _____ <input type="checkbox"/> ALIMENTACION DEL BEBE CUANTAS ONZAS _____			¿QUE LE ALIMENTA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> LECHE MATERNA QUE SEGUIDO _____ <input type="checkbox"/> FORMULA CUANTAS ONZAS _____ <input type="checkbox"/> ALIMENTACION DEL BEBE CUANTAS ONZAS _____		
¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTA <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA) _____			¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTA <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA) _____		
¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO			¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO		
¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS			¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS		
¿QUE ALIMENTO DE BEBE LE DA A SU NINO?		¿HA INTRODUCIDO TOMANDO DE TAZA? (6 MESES O MAYOR)		¿QUE ALIMENTO DE BEBE LE DA A SU NINO?	¿QUE ALIMENTOS DE MESA COME SU BEBE?
¿TIENE ALGUNAS PREOCUPACIONES SOBRE EL ALIMENTO DE SU NINO?		FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA	FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA
<b>UNO-DOS ANOS DE EDAD</b>					
¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS? (Si sí, especifica e indica la reacción) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REACCION:		¿ALGUNAS INTOLERANCIAS A LOS ALIMENTOS U OMISION? (Si sí, especifica e indica la razón) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RAZON:		¿LE DA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO	
¿BEBE SU NINO DE UNA BOTELLA? (Si sí, especifica cuando) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANDO:		¿COME SU NINO MATERIALES NO DE ALIMENTO TAL COMO?: <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> BARRO <input type="checkbox"/> PARTICULAS DE PINTURA <input type="checkbox"/> PEGAMENTO <input type="checkbox"/> CRAYONES O LAPICES			
¿TIENE ALIMENTACION SUFICIENTE PARA ALIMENTAR A SU FAMILIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS		
¿CUANTAS COMIDAS Y MERIENDAS COME SU NINO AL DIA? COMIDAS _____ MERIENDAS _____			HABITOS ALIMENTICIOS (Si Sí, indica frecuencia) OMITE COMIDA _____ COMIDAS CON LA FAMILIA _____		
¿CUANTO BEBE SU NINO DE BASE DIARIO? AGUA _____ LECHE _____ JUGO _____ SODA/BEBIDAS DULCE _____			¿CUANTAS HORAS POR DIA HACE SU NINO LO SIGUIENTE? MIRANDO TV _____ JUGANDO JUEGOS DE VIDEO/COMPUTADORA _____		
¿TIENE ALGUNAS PREGUNTAS O PREOCUPACIONES SOBRE LOS HABITOS DE ALIMENTACION DE SU NINO?:					
¿QUE COMIDAS COME SU NINO?					
COMENTOS DEL ENTREVISTADOR					
FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO				FECHA FIRMADA	

