

¿Qué come su hijo/a? (Edades 0 – 8)

Circule lo que come su hijo/a todos los días o al menos 3 veces por semana:

Alimentos para bebé

Leche materna	Fórmula con hierro	Cereal con hierro
Puré de fruta	Puré de verduras	Carne hecha puré
Jugo	Bebidas endulzada	Miel Huevos Frijoles

Pan, granos y cereales

Pan de grano integral	Pan blanco	Tortilla	Pan dulce
Cereal con hierro	Avena	Bagels	Galletas saladas
Sopa de fideos	Pasta	Arroz	Pretzels

Frutas y vegetales

Manzana	Plátano	Uvas	Pera	Durazno	100% Jugo
Fresa	Piña	Naranja	Melón Cantalupo	Melón Honeydew	
Pimiento	Chile	Tomate	Ensalada verde	Pepino	
Mango	Brócoli	Repollo	Vegetales de hoja verde oscuro		
Zanahoria	Chícharos	Ejotes	Maíz	Papa	Camote

Productos lácteos

Leche entera	Leche 2%	Leche 1%	Leche sin grasa
Leche con sabor	Leche sin lactosa	Queso	Queso cottage
Yogur	Helado		

Otras fuentes alimenticias de calcio

Frijoles Tofu Yogur/leche de soya Vegetales de hoja verde oscuro
Jugo 100% fortificado con calcio Leche vegetal fortificada (almendra, arroz)

Alimentos con proteína

Pollo/Pavo Carne de res Jamón/cerdo Pescado/Pescado en lata Huevos
Burrito de carne/frijol Cacahuates/Crema de cacahuates y de otras nueces
Tofu Tacos Frijoles/Lentejas Espagueti con albóndigas

Otras comidas

Hot dog Hamburguesa Pizza Papas fritas Pollo frito
Chips Bolitas de queso Dulces Chocolate Galletas dulces

Circule si el bebé/niño usa

Fluoruro Gota de hierro Vitaminas
Cuchara Vaso Biberón Cepillo de dientes

Circule si el bebé/niño toma

Agua Soda Bebidas azucaradas Bebidas deportivas Jugo

Marque las actividades que su bebé o niño hacen todos los días

Gatear Caminar Columpiar Saltar la cuerda
Jugar pelota Montar un triciclo/bicicleta

Ve televisión, videojuegos o computadora más de dos horas al día

Circule si el bebé/niño recibe

CalFresh(Estampillas de comida) Almuerzo escolar Head Start WIC

Nombre del niño: _____ Registro #: _____

Edad: ___ años ___ meses Peso: ___ lb Altura: ___ pulg Fecha: ___/___/___

Circule Sí o No

para responder las siguientes preguntas:

Nacimiento a 24 meses

¿El niño menor de 1 año de edad come miel o jarabe de maíz? **Sí No**

0 a 6 meses

¿Lactancia de 8-12 veces cada 24 horas durante los primeros 3 meses? **Sí No**

¿Lactancia 6-8 veces o más cada 24 horas para niños de 4-6 meses? **Sí No**

¿Fórmula con hierro al menos 20 onzas por día? **Sí No**

6 a 9 mes

¿Come cereal para bebés con hierro? **Sí No**

¿Come puré de frutas y verduras? **Sí No**

¿Come puré o carne molida, pescado, yema de huevo cocida, frijoles, tofu? **Sí No**

¿Bebe de un vaso? **Sí No**

9 a 12 meses

¿Come comidas a puré o picadas? **Sí No**

¿Come alimentos con los dedos? **Sí No**

1 a 2 años

¿Bebe 16 onzas de leche entera al día? **Sí No**

¿Come una variedad de alimentos? **Sí No**

¿Se alimenta solo(a)? **Sí No**

¿Se reúne a comidas familiares? **Sí No**

¿Bebe soda u otras bebidas dulces? **Sí No**

Otro

¿Tiene alergias o intolerancias a los alimentos? **Sí No**

Por favor anote: _____

¿Su niño juega o come tierra, yeso, arcilla o pintura seca? **Sí No**

¿Come el niño(a) menor de 3 años uvas, nueces, semillas, hot dog, palomitas de maíz o dulces duros? **Sí No**



OFFICE USE ONLY

Referred for identified nutrition problem? **Yes No**

If yes, where: _____

Provider initials: _____