

## ¿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    Chicharos    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:

\_\_\_\_\_