

## ¿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: \_\_\_\_\_