**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**

Division of Medicaid Services

F-01066S (07/2008)

**REGISTRO DE ALIMENTO INFANTIL DE HEALTHCHECK**

**(Nacimiento hasta los 12 meses de edad)**

**HEALTHCHECK INFANT’S FOOD RECORD**

**(Birth to 12 Months of Age)**

|  |
| --- |
| Nombre del niño (a) Fecha |

**Direcciones:** Anote todo lo que su bebé comió o bebió en las últimas 24 horas (comidas y meriendas). Comience con la primera comida de ayer en la mañana hasta la primera comida de hoy en la mañana.

 Ejemplo

 3:00 AM Casa Leche Materna

 7:00 AM Casa Leche Materna

 9:00 AM Niñera 3 onzas formula Similac (SMA) con hierro, concentrada (hecha con 1 lata concentrada y 1 lata de agua)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HORA | LUGAR | CANTIDAD DE ALIMENTO SÓLIDO O LIQUIDO |
|  |  |  |
| OFFICE USE ONLY  | Ounces of formula | Number Breast Feed | Bread | Vegetables  | Fruit | Meat |

1. ¿Es ésta la forma en que su bebé come la mayoría de las veces? Sí [ ]  No.[ ]  Si respondió no, ¿por qué no? \_
2. ¿Qué tipo de alimento le da al bebé en el biberón? Leche Materna [ ]  Leche [ ]  Formula [ ]

Jugos [ ]  Cereal con Agua [ ]  Gelatina de Agua [ ]  Té [ ]  Otro

1. Marque cualquier problema que su bebé tenga mientras come.

 Se ahoga y le da nauseas [ ]  Es quisquilloso para comer [ ]  Otro

1. ¿De dónde proviene el agua que le da a su bebé?

 Agua de Pozo [ ]  Agua de la Ciudad [ ]  Agua Embotellada [ ]  No sé [ ]

1. ¿Con qué frecuencia es su bebé atendido por una niñera o en una guardería? [ ]  Días de la semana [ ] Nunca

 Si el bebé es atendido por una niñera o guardería, ¿le proporcionan ellos las comidas/alimentos? Sí [ ]  No [ ]

1. Cuándo no tiene suficiente dinero para comprar los alimentos o formula de su bebé, ¿qué hace?