



Historia alimentaria y de salud para bebés

Fecha de hoy: _____

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Historia de la lactancia materna para bebés

- ¿Amamanta actualmente a este bebé?
 Sí No
- Si contesta "No," ¿alguna vez amamantó a este bebé o lo alimentó con leche materna?
 Sí No

Bebé amamantado (total o parcialmente)

- ¿Cuántas veces ha alimentado a este bebé en las últimas 24 horas?

- ¿Cuánto tiempo lo amamantó cada vez? _____
- ¿Ha tenido usted algún problema para amamantar?
 Sí No
Si contesta "Sí," escriba una lista de los problemas: _____

- ¿Cuántos pañales moja por día? _____
¿Cuántos pañales ensucia por día? _____

Bebé alimentado con biberón

(Conteste solo si alimenta a este bebé con biberón.)

- ¿Qué tipo de fórmula para bebés usa para este bebé?
 En polvo Concentrada Lista para usar
- ¿Cómo se llama la fórmula? _____
- ¿Cuánta fórmula y agua mezcla?

- ¿Añade usted a la fórmula para bebés alguna cosa aparte de agua?
 Sí No
Si contesta "Sí," ¿qué añade? _____
- ¿Hierva el agua antes de mezclarla con la fórmula para bebés?
 Sí No
- ¿Cuántos biberones prepara usted al mismo tiempo? _____
- ¿Cuánta leche materna o fórmula para bebés le echa a cada biberón?

- ¿Cuánta leche materna o fórmula para bebés toma este bebé cada vez que lo alimenta? _____
- ¿Cuántos biberones de leche materna o fórmula para bebés toma este bebé en 24 horas? _____
- ¿Cuánto dura una lata de fórmula para bebés? _____
- ¿Qué hace con la leche materna o fórmula para bebés que sobra en el biberón?

- ¿Cómo limpia los biberones, las tetinas, los chupones, etc.? _____

- ¿Cómo guarda los biberones de leche materna o de fórmula para bebés preparados?

Todos los bebés

- ¿Carga siempre al bebé mientras lo alimenta?
 Sí No
- ¿Acuesta al bebé en la cama con un biberón?
 Sí No
- ¿Usa algún objeto (manta, juguete, pañal, etc.) para recostar o sostener el biberón?
 Sí No
- ¿Le permite al bebé gatear o caminar con una taza o el biberón?
 Sí No
- ¿Le da a este bebé un biberón cada vez que llora?
 Sí No
- ¿Usa el biberón para darle líquidos aparte de leche materna, fórmula para bebés o agua?
 Sí No

Si contesta "Sí," ¿a qué edad se lo dio por primera vez? _____

¿Qué líquido?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. jugo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. agua | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. té o café | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. colas u otras bebidas azucaradas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. jarabe de maíz, azúcar o sal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f. miel de abeja | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. otro: _____ | | |
- ¿Le dio alguna vez a este bebé **alimentos** aparte de la leche materna o fórmula para bebés?
 Sí No
¿a qué edad? _____
 Si contesta "No," no conteste las preguntas # 27 y 28, y continúe con la # 29 al reverso.
 - ¿Qué alimentos o bebidas, aparte de la leche materna o fórmula para bebés, le dio a este bebé en las últimas 24 horas? (Favor de hacer una lista y anotar las cantidades.)

 - ¿Cómo le da de comer a este bebé los alimentos sólidos? _____
¿Usa este bebé los dedos para comer?
 Sí No

