Departamento de Salud y Servicios Para la Edad Avanzada en Missouri
Division de Servicios de Salud y Nutrición

Cuestionario de Nutrición de Niños

¿Qué ha estado su niño comiendo?

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cada cuánto tiempo comiósu niño una porción de cada alimento en la lista que sigue?

Marque solamente una X para cada comida

DCN # _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Fecha Determinada: ____/____/____

☐ Adición ☐ Recertificación

Por ejemplo:

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Leche				X					
Chocolate caliente	X								

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Leche									
Chocolate caliente									
Queso, sólo o en sándwich									
Yogurt									
Helado, nieve									
Pudín									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

¿Qué tipo de leche bebe normalmente? (marque uno)

3 ☐ leche entera
4 ☐ leche parcialmente descremada (2%)
5 ☐ leche parcialmente descremada (1%)
6 ☐ leche descremada
7 ☐ leche de chocolate
8 ☐ fórmula para infantes
9 ☐ leche de pecho
0 ☐ otro _____

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Jugo de naranja o jugo con Vitamina C									
Otros jugos									
Bebidas de frutas (Hi-C, Kool-aid, limonada)									
Naranja o toronja									
Banana o plátano									
Manzana o puré de manzana									
Uvas									
Melocotón, pera, o albaricoque									
Fresas									
Melón									
Sandía									
Piña									
Ciruela pasa o pasa									
Bombónes de fruta, frutas enrolladas de dulce									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Copyright 1993, Harvard School of Public Health (reimpresco con el permiso)

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Maíz									
Guisante o chícharos, (enlatado, congelado, o fresco)									
Tomates o jitomates, salsa de jitomate									
Pimientos (verde, rojo, o picante)									
Zanahorias									
Brécol o brócoli									
Habichuelas verdes									
Espinacas									
Verduras (acelga, nabo, col)									
Verduras mixtas									
Calabaza									
Zucchini, calabaza amarilla									
Papas fritas, Tater Tots									
Papas (al horno, hervida o en puré)									
Batatas o camote									
Col, ensalada de col, o coliflor									
Ocros									
Ensalada de lechuga									
Aderezo para ensalada o mayonesa									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Papitas fritas, doraditos, chips de maíz u otras									
Palomitas, o “pretzel”									
Galletas saladas									
Nueces									
Bizcocho, pastel de chocolate, o “brownies”									
Pastel, o “cupcakes”									
Pastel									
Gelatina									
Chocolates, dulces de chocolate									
Otros dulces (no chocolate)									
Café o té									
Refrescos (con azúcar)									
Refrescos (sin azúcar o de dieta)									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Habichuelas o frijoles asados con chile, frijoles guisados									
Arroz									
Espaguetti u otra pasta con salsa									
Pizza									
Tacos, burritos									
Macarrones con queso									
Hot dog									
Carne molida (hamburguesas, cacerolas)									
Atún de lata									
Pescado frito									
Otro tipo de pescado									
Carnes frías (bologna, salami, jamón)									
Pollo frito, pepitas de pollo									
Otro tipo de pollo o pavo									
Chuletas de puerco, bistecs de puerco, carne rostisada									
Bistéc o carne rostisada de vaca o venado									
Hígado, carne de órganos									
Crema de cacahuate									
Jamón, al horno o en bistec									
Pan, tostado o bolillos									
Mantequilla (no margarina)									
Margarina									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	últimas 4 semanas		cada semana			cada día			
Número de veces	0	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6+
Sopa de verdura									
Otra sopa									
Pan de maíz o tortilla									
Huevos									
Tocino									
Salchicha									
Cereal caliente, cereal de maíz molido									
Cereal frío									
Donas									
Pan dulce, mollete, o pop tart									
Panqué, hot cakes, o pan a la francesa									
English muffin o bagel									
Bizcocho, bisquetes, bollos									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

1. ¿Con qué frecuencia come su hijo comidas fritas?
   ☐ 0 Nunca ☐ 1 Cada día ☐ 2 4-6 veces a la semana ☐ 3 1-3 veces a la semana ☐ 4 Menos de una vez cada semana
2. ¿Toma su hijo cualquier de las siguientes cosas? Marque aquellas que si aplican.
   ☐ 0/1 Vitaminas ☐ 0/1 Hierro ☐ 0/1 Fluoruro ☐ 0/1 Ninguno
3. ¿Bebe de una taza su hijo? ☐ 0 No ☐ 1 Sí
4. ¿Bebe su hijo de un biberón? ☐ 0 No ☐ 1 Sí
5. ¿Le da usted a su hijo un biberón cuando esta en la cama? ☐ 0 No ☐ 1 Sí
6. ¿Su familia se reune a comer el desayuno, almuerzo o cena?
   ☐ 1 Siempre ☐ 2 Usualmente ☐ 3 A veces ☐ 4 Nunca ☐ 5 No aplica
7. ¿Ayuda usted a su hijo a cepillar los dientes cada día? ☐ 0 No ☐ 1 Sí
8. ¿Cuántas veces al día come su hijo generalmente? Comidas _____ Meriendas _____
9. ¿Come su hijo cosas que no son comida? (Marque todos que come)
   ☐ 0/1 tierra ☐ 0/1 lápices de color ☐ 0/1 astillas de pintura ☐ 0/1 cenizas
   ☐ 0/1 papel ☐ 0/1 comida de animales ☐ 0/1 colillas de cigarillos ☐ 0/1 otro que no son comida
10. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca de los hábitos de comer de su hijo? ☐ 0 No ☐ 1 Sí

    Si sí, favor de describir: _____
11. ¿Alguien de esta casa fuma dentro? ☐ 0 No, nadie fuma dentro de ésta casa
    ☐ 1 Sí, alguien fuma dentro de ésta casa
12. ¿En un día típico, cuántas horas pasa su niño(a) sentado y mirando la televisión y videotapes?
    _____ horas al día

Favor de contestar las siguientes preguntas pertinentes a su hogar. Sus respuestas serán confidenciales y de ninguna manera afectaran su WIC o cualquier beneficio.

1. ¿Cuál de las siguientes frases mejor describe la comida que consumieron en su hogar en los últimos 12 meses?
   ☐ 1 Bastante y de los tipos de comida deseados que queremos comer
   ☐ 2 Bastante pero no siempre de los tipos de comida deseados que queremos comer
   ☐ 3 A veces no hay suficiente que comer ☐ 4 Frecuentemente no hay suficiente que comer
   ☐ 5 No sé o No quiero responder
2. No pude/podíamos darle a mi/mis hijo/hijos alimentos balanceados porque no lo pude/podíamos costear.
   ☐ 1 Frecuentemente ☐ 2 Algunas veces ☐ 3 Nunca ☐ 4 No sé o No quiero responder
3. ¿Alguna vez, en los últimos 12 meses, usted o los demás adultos en su hogar redujeron la porción de sus comidas o perdieron comidas porque no había suficiente dinero para comprar?
   ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 No sé o No quiero responder
4. Si contestó sí a la pregunta #3, ¿cada cuándo ocurrió?
   ☐ 1 Casi todos los meses ☐ 2 Algunos meses pero no todos ☐ 3 Solo 1 o 2 meses ☐ 4 No sé o No quiero responder
5. ¿Alguna vez durante los últimos 12 meses usted o los demás adultos en su hogar tuvieron que pasar un día entero sin comida porque no había suficiente dinero para comprar?
   ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 No sé o No quiero responder