

**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
-----------------	-------------------	--------------------	-------	------------	-------	------

- ¿Es ésta la forma en que su bebé come la mayoría de las veces? Sí ____ No. ____ Si respondió no, ¿por qué no? _____
 - ¿Qué tipo de alimento le da al bebé en el biberón? Leche Materna ____ Leche ____ Formula ____ Jugos ____ Cereal con Agua ____ Gelatina de Agua ____ Té ____ Otro ____
 - Marque cualquier problema que su bebé tenga mientras come.
 Se ahoga y le da nauseas ____ Es quisquilloso para comer ____ Otro _____
 - ¿De dónde proviene el agua que le da a su bebé?
 Agua de Pozo ____ Agua de la Ciudad ____ Agua Embotellada ____ No sé ____
 - ¿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 ____
 - Cuándo no tiene suficiente dinero para comprar los alimentos o formula de su bebé, ¿qué hace? _____
-