

0-3 Mes Investigar Nutricional

Fecha de Hoy: _____ Nombre de Centro: _____
Nombre de Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Altura: _____ Peso: _____ Recibir WIC sí ___ no _____

¿Su bebé prematuro? _____
¿Si sí, cuantas semanas temprano? _____

¿Su bebé dar de comer a pecho ahora? _____ sí _____ no
¿Si sí, aproximadamente cuantos tiempos en 24 horas? _____

¿Su bebé está bebiendo fórmula presentemente? _____ sí _____ no
¿Si sí, cuantos onzas a cada alimentación? _____

¿Hay alguno que su bebé está bebiendo presentemente además de fórmula, leche de pecho o agua? _____
Si sí, por favor explicar porque: _____

¿Su bebé tiene algunas alergias de comida? _____ sí _____ no
Si sí, por favor hacer una lista: _____

¿Su bebé tiene una dieta especial? _____ sí _____ no
Si sí, por favor describir: _____

¿Su bebé tiene a menudo: Diarrea? _____ sí _____ no
 Estreñimiento? _____ sí _____ no

¿Tiene algunos asuntos nutricionales sobre su bebé a esto tiempo? _____ sí _____ no
Si los tiene, por favor explicar: _____
_____.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Firma de Personal: _____ Fecha: _____

Solamente para uso de la Oficina

Weight Status _____

Nutrition Status _____

Special Diet ___ yes ___ no

Comments: _____
_____.

N = Normal
O = Overweight
U = Underweight
R = Refer
A = At Risk
T = Under Care/Treatment

Dietitian Signature: _____ Date: _____