

## Cuestionario de Alimentación para Niños (2 - 5 años)

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

1. Por favor marque todos los siguientes que tenga que le funcionen.  Estufa  Horno  Microondas  Refrigerador
2. ¿Qué es lo que usualmente bebe su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
 Leche (incluyendo leche de pecho)  Fórmula  Jugo/Bebidas de Jugo  Agua  Té azucarado  
 Soda/Kool-Aid  Té de Hierbas  Gatorade/Bebidas Deportivas  Otro: \_\_\_\_\_
3. ¿Qué usa su niño/a para beber? (Por favor marque todos los que apliquen.)  Pecho  Biberón  Vaso antiderrame  Vaso
4. ¿Su niño/a camina algunas veces por la casa tomando con el vaso de bebe o biberón?  No  Sí
5. ¿Cuántas veces al día bebe leche su niño/a durante un día normal? \_\_\_\_\_  El niño/a no bebe leche
  - a. ¿Cuánta leche bebe su niño/ cada vez? \_\_\_\_\_ onzas
  - b. ¿Qué clase de leche bebe usualmente su niño/a?  
 Vaca (\_\_\_\_ Entera (Vitamina D) \_\_\_\_\_ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%) \_\_\_\_\_ Descremada)  
 Sin Lactosa  Cabra  Evaporada  Condensada  Soya  Arroz  
 Otra: \_\_\_\_\_
  - c. ¿Usted le agrega sabor a la leche?  No  Sí, ¿Qué? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuántas veces al día bebe agua su niño/a durante un día normal? \_\_\_\_\_  El niño/a no bebe agua
  - a. ¿Cuánta agua bebe su niño/ cada vez? \_\_\_\_\_ onzas
  - b. ¿Qué clase de agua bebe usualmente su niño/a?  Pozo  Ciudad/Rural  Embotellada  Inseguro
  - c. ¿Usted le agrega algo mas al agua?  No  Sí, ¿Qué? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántas veces al día bebe jugo su niño/a durante un día normal? \_\_\_\_\_  El niño/a no bebe jugo
  - a. ¿Cuánto jugo bebe su niño/ cada vez? \_\_\_\_\_ onzas
  - b. ¿Qué clase de jugo o bebidas de jugo bebe su niño/a usualmente? \_\_\_\_\_
  - c. ¿Usted diluye el jugo con agua?  No  Sí
8. A la hora de comer, ¿Cuántas veces come su niño/a la misma comida que el resto de la familia?  
 La mayoría de las veces  A veces  Rara vez, ¿Qué come su niño/a? \_\_\_\_\_
  - a. ¿Qué clases de comida come su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
 Comida de bebé  Comida de mesa (\_\_\_\_ En puré/mezcladas, \_\_\_\_ En trozos finitos, \_\_\_\_ En trozos gruesos/rebanadas)
  - b. ¿Se alimenta su hijo/a por si solo(a)?  No  Sí
9. ¿Cuántas veces al día come su niño/a durante un día normal? Comidas \_\_\_\_\_ Meriendas \_\_\_\_\_
10. ¿Qué hace usted cuando su niño/a le pide comida entre de la comida y la merienda? \_\_\_\_\_
11. Por favor marque las situaciones que describen como su niño/a come normalmente. (Por favor marque todos los que aplican.)  
 En una silla alta  A una mesa  En el sofá  En el piso  
 En casa  En un restaurante/comida rápida  En el coche  En la guardería/Head Start/pre-escuela  
 Con la televisión prendida  Con la familia/amigos  Solo  Otro: \_\_\_\_\_

12. ¿Qué clase de meriendas come usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.)  El niño/a no come aperitivos  
 Fruta  Bocadillos de frutas  Galletas / Pastelitos  Galletas Saladas  Papas Fritas  Palomitas  Nueces  
 Pretzels  Nieve  Cereal / Barras de Cereal  Dulces  Otra \_\_\_\_\_
13. ¿Cuántas veces al día come su niño/a frutas y verduras (no jugo) durante un día normal? \_\_\_\_\_  
 El niño/a no come frutas o verduras  
 ¿Cuáles frutas y verduras come usualmente su niño/a? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
 Manzana/Puré de manzana  Plátanos  Uvas  Naranjas  Peras  Papas  Papas Francesas  
 Maíz  Ejotes  Zanahorias  Los Brotes  Tomate  Otro: \_\_\_\_\_
14. ¿Cuántas veces al día come su niño/a comidas con proteína durante un día normal? \_\_\_\_\_  En niño/a no come comidas con proteína  
 ¿Cuáles comidas con proteína come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
 Res/Búfalo  Pollo/Pavo  Pescado/Mariscos  Puerco/Cordero  Salchicha/Carnes de almuerzo  Huevos  
 Crema de cacahuete  Frijoles secos/enlatados  Tofu  Yogurt  Queso Duros (Americano, Cheddar, Suizo...)  
 Quesos Suaves (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco)  Otro: \_\_\_\_\_
15. ¿Qué cosas dulces come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)  El niño/a no come cosas dulces  
 Azúcar  Miel  Almíbar  Dulces  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se las come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
 Agregados a/en bebidas  En bebidas pre-endulzadas  En el chupón  
 Agregados a/en comidas  En comidas dulces (dulces, galletas, pasteles, etc.)  Otro \_\_\_\_\_
16. ¿Su niño/a come regularmente algo que no sea comida como tierra, papel, crayolas, comida de la mascota o pedacitos de pintura?  
 No  Sí
17. ¿Tiene su niño/a algún problema de salud/médico/dental?  No  Sí, por favor escríbalo: \_\_\_\_\_  
 ¿Fue este problema diagnosticado por un doctor?  No  Sí
18. Por favor marque y describa todo lo siguientes que su niño/a por lo general toma.  
 Medicina sin receta (medicina para resfriado, para dolor, etc.) \_\_\_\_\_  
 Medicamento recetado \_\_\_\_\_  
 Vitaminas y/o suplementos de minerales \_\_\_\_\_  
 Hierbas/Suplementos De Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_
19. ¿Se preocupa de cuánta cantidad come su niño/a?  No  Sí, por favor explique \_\_\_\_\_
20. ¿Ha tenido su niño/a un examen del plomo en la sangre?  No  Sí  Inseguro  
 Si contesto que sí, ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Qué fueron los resultados? \_\_\_\_\_
21. ¿Qué le gusta de la alimentación de su niño/a? \_\_\_\_\_
22. ¿Qué le gustaría cambiar de la alimentación de su niño/a? \_\_\_\_\_
23. ¿Por cuanto tiempo juega su niño/a en un día normal? \_\_\_\_\_ horas
24. ¿Cuántas horas se sienta su niño a mirar TV, videos, DVDs en un día normal?  
 \_\_\_\_\_ horas/día  el niño usualmente no mira nada de TV, videos, DVDs