

Evaluación Nutricional
Edades 0-3

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Asesor familiar: _____ **Fecha:** ____/____/____

Dieta:

1. ¿Su hijo/a se encuentra en alguna dieta especial? ____ Si ____ No En caso de que si, ¿cuál es?

2. ¿Le da de comer a su hijo/a de algún manera especial? ____ Si ____ No En caso de que si, cual, explique:

3. ¿Tienen alguna duda o preocupación sobre la nutrición de su hijo/a? ____ Si ____ No

En caso de que si, cual es, ¿y por qué? _____

4. ¿Considera que si hijo/a tienen algún inquietísimo con la comida? ____ Si ____ No

¿Si, si cual comida y que textura de comida no se come su hijo/a?

5. ¿Disfrutas de las comidas juntos? _____

Preguntas adicionales para niños menores de 12 meses:

6. ¿Su hijo/a comenzó a comer comida hecha en casa? ____ Si ____ No

7. ¿Ha notado alguna preferencia o intolerancia? _____

8. ¿Cómo se siente acerca de la transición a los alimentos de mesa? _____

9. ¿Su hijo/a toma? _____ Leche materna _____ formula (¿cuál o que tipo?) _____

10. ¿Alguna pregunta / preocupación sobre la lactancia materna o con biberón? _____

Notas adicionales: