



Cuestionario De Pre Evaluación De Alimentación

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Information del Caudador

Nombre del Cuidador: _____

Su parte en la vida del Niño: Padre Abuelo Padre Adoptivo Otro _____

Seleccione sus principales áreas de preocupación: *Marque todas las que correspondan*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poco aumento de peso | <input type="checkbox"/> Estresantes comidas para usted y su hijo. |
| <input type="checkbox"/> Rechazar alimentos o líquidos | <input type="checkbox"/> Toser / asfixiarse al comer / beber |
| <input type="checkbox"/> Se atraganta al comer | <input type="checkbox"/> Arqueo / llanto con biberones (bebés) |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tocar las texturas de los alimentos | <input type="checkbox"/> Dificultad en la transición a purés o alimentos sólidos |
| <input type="checkbox"/> Comer solo unos pocos alimentos | <input type="checkbox"/> Vómitos asociados con la alimentación |
| <input type="checkbox"/> Tomar más de 30 minutos para terminar una botella o comida | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Hay antecedentes de alguno de los siguientes problemas médicos?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias / intolerancias alimentarias | <input type="checkbox"/> Necesidad de alimentación por sonda (es decir, GN o tubo G) |
| <input type="checkbox"/> Refl Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Prematuro. Si es así, ¿en cuántas semanas nació su hijo? _____ |
| <input type="checkbox"/> No prosperar | <input type="checkbox"/> Labio y / o paladar hendido |
| <input type="checkbox"/> Necesidad continua de medicación respiratoria (es decir, tratamientos de respiración) | <input type="checkbox"/> Autismo o diagnóstico "en riesgo". |
| <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico GI (es decir, enfermedad celíaca, EoE) | |

¿Qué medicamentos toma su hijo?

Medicamentos	Fecha de Prescripción (aprox.)	Medico Prescriptor



¿Cuáles son sus principales objetivos de alimentación para su hijo en este momento?

¿A qué edad se cumplieron por primera vez estos hitos de alimentación?

Hito de alimentación	Edad	Commentarios
Comida hecha puré		
Sólidos		
Vazo de beber (si aplica para la edad)		

Anote los alimentos que su hijo comerá de manera constante (2-3 veces por semana)

Anote cómo come el niño

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Botella | <input type="checkbox"/> Auto alimentación con cuchara |
| <input type="checkbox"/> Alimentación de pecho | <input type="checkbox"/> Auto alimentación con tenedor |
| <input type="checkbox"/> Alimentado por el cuidador. | <input type="checkbox"/> Las bebidas de una taza para entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Se alimenta con los dedos. | <input type="checkbox"/> Las bebidas de una vazo abierta |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

NOTA: Por favor traiga a la evaluación cualquier biberón o taza que use su hijo, así como los alimentos preferidos.

Por favor, proporcione la mayoría de información como sea posible. El terapeuta ocupacional revisará esta información para la evaluación inicial de su hijo.

UCP espera servirle a usted y a su hijo.