

Cuestionario para entrada al Programa de Alimentación

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombres de padres/cuidadores: _____

Diagnóstico médico y/o del desarrollo: _____

Alergias a los alimentos: _____

Requisitos o restricciones dietéticas: _____

Metas que tiene la familia para las habilidades de comer o alimentarse del niño:

HISTORIAL MÉDICO

- ☐ Reflujo/ Eosinofílico / Esofagitis ☐ retraso en el vaciado/ motilidad lenta de los intestinos
- ☐ Dependencia en la sonda de alimentación (vea abajo) ☐ Infecciones de oído
- ☐ Infecciones de las vías respiratorias superiores ☐ la pulmonía
- ☐ Aspiración ☐ Movimientos intestinales (diarrea o estreñimiento)
- ☐ estudio de deglución y/o endoscopia? _____

HABILIDADES DE MOTRIZ ORAL Y AUTOALIMENTACIÓN

1: Problemas durante las comidas:

- ☐ Atragantarse ☐ tos ☐ chupa débil ☐ Problemas para masticar ☐ empuje de la lengua
- ☐ Mover la lengua de lado a lado ☐ Dificultad para morder la comida ☐ Dificultad para beber
- ☐ Pierde comida/líquido de la boca ☐ mal cierre de labios ☐ Dificultad para tragar
- ☐ babeando ☐ Otro: _____

2: Texturas alimenticias toleradas

- ☐ Comida para bebés etapa 1 o 2 ☐ Comida para bebés etapa 3
- ☐ Comida de mesa en puré - suave ☐ Comida de mesa en puré - con grumos
- ☐ Molido húmedo (como salsa de carne) ☐ Alimentos de mesa triturados
- ☐ Sólidos fundibles (bolitas de queso) ☐ Sólidos blandos (plátanos, macarrones con queso)
- ☐ Alimentos crujientes (galleta dura, verduras crudas)
- ☐ Alimentos masticables (carne, caramelos de goma, barra de granola)

3. ¿Puede su hijo usar los siguientes utensilios?

- ☐ Cuchara
- ☐ Tenedor
- ☐ Biberón
- ☐ Vaso para sorber
- ☐ paja para beber
- ☐ Vaso abierto
- ☐ Botella de agua
- ☐ ¿Su hijo fue amamantado alguna vez? **Si o No**

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN ACTUALES

¿Dónde come su hijo(a)?

- ☐ Silla alta ☐ asiento elevador ☐ el regazo ☐ acostado
- ☐ Silla y Mesa ☐ Caminando Otro: _____

Comportamientos a la hora de comer: (Encierre en un círculo todos los comportamientos que exhibe su hijo durante las comidas)

- ☐ escupe comida ☐ Empuja la comida ☐ gira la cabeza ☐ mantiene la boca cerrada
- ☐ Gritos/llantos ☐ llena la boca ☐ deja la mesa ☐ Mantiene la comida en la boca
- ☐ come demasiado rapido ☐ Come demasiado lento(a) ☐ tira comida ☐ rabietas

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y COMPORTAMIENTOS A LA HORA DE COMER

1. ¿En qué momento su hijo comienza a rechazar los alimentos? (vista, olfato, tacto, gusto) _____
2. ¿Puede su hijo tolerar alimentos no preferidos en su plato? *Si o No* ¿En la mesa? *Si o No*
3. ¿Muestra su hijo interés por la comida de otras personas? *Si o No*
4. ¿Come su hijo lo mismo o de manera diferente en todos los entornos? ¿Restaurante, escuela, casa de amigos o familiares? _____

5. ¿Qué ha intentado hacer para que su hijo coma?

- ☐ juguete ☐ television ☐ Hablar/Cantar ☐ Ofrezca alimentos, juguetes y actividades preferidas ☐ "Time out" ☐ Eliminar privilegios ☐ Mezclar/introducir alimentos no preferidos en favoritos ☐ Cocine solo los alimentos preferidos ☐ Permita que el niño coma cuando tenga hambre (pastoreo) ☐ Otro: _____

¿Se utilizaron las siguientes alimentaciones por sonda?

- ☐ Sonda de gastronomía (Sonda-G) ☐ Tubo de yeyunostomía (Sonda "J")
☐ Sonda Nasogastrica (Sonda NG) ☐ Sonda Nasoyeyunal (Sonda "NJ")

Información de alimentación por sonda (si corresponde) e indique las horas y la cantidad:

Tipo de tubo actual:	
% de calorías diarias vía tubo:	
Tipo de formula:	
	☐ Bolo ☐ Continuo
Vómitos u otros problemas con la alimentación por sonda:	

Veces	Monto

Lista de verificación de preferencia de alimentos

Encierre en un círculo todos los alimentos que come su hijo.

almidones:

Pan	Papa horneada	Macarrones con queso	Gofres
Avena	Espaguetis	Maíz	Panqueques
Papas fritas	Arroz	Cereal (enumere por favor):	Tostada francesa
Puré de patatas	Fideos		Magdalenas
Otro: _____			

Frutas:

Jugo de naranja	Melon	Piña	Fresas
Jugo de mazana	Coctel de frutas	Salsa de mazana	Mazana
Jugo de uva	Durazno	Naranja	Fruta seca
Sandía	Pera	Banana	
Otro: _____			

Verduras:

Ejotes	Ensalada/lechuga	Espinaca	Batata	guisantes
Zanahorias	Brócoli	Tomate	pimiento	morrón
Otro: _____				

Leche/Lácteos:

Tipo de leche:	Helado	Tipo de Yogur:	
Chocolate/Leche Saborizado	Leche de soya/almendras	Pudín	Queso-tipo:
Other: _____			

Carne/Proteína:

Pollo	Jamón	Pescado	Cerdo	Huevos
Nuggets de pollo	Carne Asada	Palitos de pescado		perritos caliente
Hamburguesa	Pavo	Salchicha	Bistec	Mantequilla de nueces, tipo:
Queso asado				
Otro: _____				

Texturas Mixtas:

Pastas con salsa	Pizza	Sandwiches	Cazuelas	Tacos/Burritos
Otro: _____				

Extras:

Margarina	Gelatina	Salsa de tomato	Mayonesa	Aderezo para
ensaladas	Jarabe de panqueque	Mostaza	Queso crema	
Otro: _____				

Aperitivos:

Galletas	Chips	Poptarts	Pretzels	galletas saladas	Goldfish
Galletas de Soda		Kool-aid			
Otro: _____					

Proporcione un diario de lo que come su hijo 3 días a la semana antes de su evaluación inicial.

Día 1

Comida	Hora del día	Alimentos consumidos	Cantidad de comida (Ej: 2 bocados de pan tostado, 1 tazón de sopa, ½ barra de granola)
Desayuno			
Almuerzo			
Cena			
Aperitivos			

Día 2

Comida	Hora del día	Alimentos consumidos	Cantidad de comida (Ej: 2 bocados de pan tostado, 1 tazón de sopa, ½ barra de granola)
Desayuno			
Almuerzo			