



# Preguntas de evaluación

**HERRAMIENTA DEL PERSONAL PARA LA  
EVALUACIÓN DE RIESGOS CENTRADA EN EL  
PARTICIPANTE**



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por su sigla en inglés) de Washington no discrimina.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en otros formatos.  
Para enviar una solicitud, llame al 1-800-841-1410 (TDD/TTY 711)



**PUBLIC HEALTH**  
ALWAYS WORKING FOR A SAFER AND  
HEALTHIER WASHINGTON

## Preguntas de evaluación prenatales

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre su embarazo y sobre usted. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas para saber cómo le va?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas del embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes gestacional</li> <li>• Diabetes gestacional (antecedentes)</li> <li>• Gran tamaño para edad gestacional (antecedentes)</li> <li>• Defectos congénitos relacionados con la nutrición (antecedentes)</li> <li>• Pre-eclampsia (antecedentes)</li> <li>• Hipertensión propia del embarazo</li> <li>• Náuseas o vómitos severos</li> </ul> <p><b>Antecedentes de embarazo</b> (riesgos autodeterminados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso de nacimiento <math>\leq 5</math> libras y 8 oz (antecedentes)</li> <li>• Parto prematuro o antes de término <math>\leq 38</math> semanas (antecedentes)</li> </ul> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Depresión</li> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Consumo de drogas</li> <li>• Alergias a alimentos (impacto grave en la alimentación)</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Hipertensión/Prehipertensión</li> <li>• Intolerancia a la lactosa</li> <li>• Consumo de tabaco y nicotina</li> <li>• Condiciones de salud bucal</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> </ul>	<p>¿Cuál era su peso antes de quedar embarazada?</p> <p>¿Cuál es la fecha probable de parto? (Preste atención en caso de gemelos, trillizos, etc.)</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre su embarazo?</p> <p>¿Cuándo fue la primera consulta con su médico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántas consultas prenatales tuvo con su médico?</li> <li>• ¿Qué le ha dicho su médico sobre el embarazo?</li> </ul> <p>¿Cómo se compara este embarazo con sus embarazos anteriores?</p> <p>¿Qué condiciones de salud o problemas médicos tiene que no se relacionen con el embarazo?</p> <p>¿Está amamantando?</p> <p>¿Se ha sentido triste o deprimida recientemente?</p> <p>¿Fuma, usa algún producto para tabaco, o chicles o parches de nicotina?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es sí, ¿qué productos?</li> <li>• Si fuma cigarrillos, ¿cuántos por día?</li> </ul> <p>¿Con qué frecuencia bebe alcohol o consume drogas, incluida marihuana?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cantidad?</li> <li>• ¿Cuándo fue la última vez?</li> </ul>

## Preguntas de evaluación prenatales

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrita deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p> <p>Comparta el cuadro de aumento de peso</p>	<p>¿Qué le ha dicho su médico sobre su peso?            ¿Qué opina usted?            ¿Le gustaría ver un cuadro de su aumento de peso hasta ahora durante el embarazo?            (Si el valor de hemoglobina es bajo) ¿Qué le dijo su médico sobre el hierro?</p>
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li> <li>Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<p><b>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</b></p> <p><b>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</b></p> <p><b>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</b></p> <p><b>Proveedores de salud para participantes:</b>            Proveedor 1 _____            Proveedor 2 _____            Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo</i> pregunte en la certificación inicial)</p>
<p><b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suplementación inadecuada de yodo (&lt;150 mcg)</li> <li>Suplementación inadecuada de hierro (&lt;27 mg)</li> <li>Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>Pica</li> <li>Alimentos posiblemente contaminados</li> <li>Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p><b>Ahora, me gustaría centrarme en lo que come.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué escuchó acerca de comer durante el embarazo?</li> <li>¿Qué cambió ahora en su alimentación?</li> <li>¿Qué opina sobre comer verduras y frutas?</li> <li>¿Qué bebe en un día común?</li> <li>¿Qué vitaminas u otros suplementos toma?</li> <li><b>Si pudiera hacer un cambio en su alimentación, ¿cuál sería?</b></li> <li>¿Qué opina sobre amamantar a su bebé?</li> </ul>
<p><b>ECOSOCIAL</b></p>	<p>Pantalla opcional</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b></p>	<p>Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación</p>

## Preguntas de evaluación sobre amamantamiento

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre usted y su familia. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas para saber cómo le va?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Depresión</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Consumo de drogas</li> <li>• Hipertensión/Pre-hipertensión</li> <li>• Intolerancia a la lactosa</li> <li>• Consumo de tabaco y nicotina</li> <li>• Condiciones de salud bucal</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> </ul> <p><b>Condiciones médicas propias del embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes gestacional</li> <li>• Diabetes gestacional (antecedentes)</li> <li>• Gran tamaño para edad gestacional (antecedentes)</li> <li>• Pre-eclampsia (antecedentes)</li> </ul> <p><b>Antecedentes de embarazo</b> (riesgos auto-determinados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso de nacimiento <math>\leq 5</math> libras y 8 oz (antecedentes)</li> <li>• Parto prematuro o antes de término <math>\leq 38</math> semanas (antecedentes)</li> </ul> <p><b>Complicaciones para amamantar</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p>Necesidad/uso de sacaleches</p>	<p>(Si no estuvo en WIC por embarazo) <b>¿Cuál era su peso antes de quedar embarazada?</b></p> <p><b>¿Qué preocupaciones tiene sobre su salud?</b></p> <p><b>A veces, se siente triste después de tener un bebé. ¿Se ha sentido triste o deprimida recientemente?</b></p> <p><b>¿Qué condiciones médicas tuvo durante sus embarazos anteriores?</b></p> <p><b>¿Cuál fue su peso en el momento del parto?</b></p> <p><b>¿Fuma, usa algún producto para tabaco, o chicles o parches de nicotina?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es sí, ¿qué productos?</li> <li>• Si fuma cigarrillos, ¿cuántos por día?</li> </ul> <p><b>¿Con qué frecuencia bebe alcohol o consume drogas, incluida marihuana?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cantidad?</li> <li>• ¿Cuándo fue la última vez?</li> </ul> <p><i>Ingrese en la pantalla de participante Certificación infantil o Amamantamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¿Su bebé nació por parto natural o por cesárea?</b></li> <li>• <b>¿Nació antes de tiempo? ¿Cuántas semanas?</b></li> <li>• <b>¿Cuánto midió y pesó su bebé al nacer?</b></li> </ul>

## Preguntas de evaluación sobre amamantamiento

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b>	(Si el valor de hemoglobina es bajo) ¿Qué le dijo su médico sobre el hierro?
<b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b>  <i>Escuche y determine</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li> <li>• Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<p><b>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</b></p> <p><b>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</b></p> <p><b>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</b></p> <p><b>Proveedores de salud para participantes:</b>            Proveedor 1 _____            Proveedor 2 _____            Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo pregunte en la certificación inicial</i>)</p>
<b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b>  <i>Escuche y determine</i> <b>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementación inadecuada de ácido fólico (&lt;400 mcg)</li> <li>• Suplementación inadecuada de yodo (&lt;150 mcg)</li> <li>• Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>• Pica</li> <li>• Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p><b>Ahora, me gustaría centrarme en lo que come. ¿Qué escuchó sobre comer mientras amamanta?</b></p> <p><b>¿Qué cambió ahora en su alimentación?</b></p> <p><b>¿Qué opina sobre comer verduras y frutas?</b></p> <p><b>¿Qué bebe en un día común?</b></p> <p><b>¿Qué vitaminas u otros suplementos toma?</b></p> <p><b>Si pudiera hacer un cambio en su alimentación, ¿cuál sería?</b></p> <p><b>EVALUACIÓN DE SALUD</b></p> <p>¿Qué cambió en su salud desde la certificación del (indique la fecha)?</p> <p>¿Qué cambió en su alimentación o actividad física?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre su salud, la alimentación o la actividad física?</p>
<b>ECOSOCIAL</b>	Pantalla opcional
<b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b>	Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación

## Preguntas de evaluación posparto, sin amamantamiento

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre usted y su familia. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas para saber cómo le va?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Depresión</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Consumo de drogas</li> <li>• Hipertensión/Prehipertensión</li> <li>• Intolerancia a la lactosa</li> <li>• Consumo de tabaco y nicotina</li> <li>• Condiciones de salud bucal</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> </ul> <p><b>Condiciones médicas propias del embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes gestacional</li> <li>• Diabetes gestacional (antecedentes)</li> <li>• Gran tamaño para edad gestacional (antecedentes)</li> <li>• Pre-eclampsia (antecedentes)</li> </ul> <p><b>Antecedentes de embarazo</b> (riesgos autodeterminados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso de nacimiento <math>\leq 5</math> libras y 8 oz (antecedentes)</li> <li>• Parto prematuro o antes de término &lt;38 semanas (antecedentes)</li> </ul>	<p>(Si no estuvo en WIC por embarazo) <b>¿Cuál era su peso antes de quedar embarazada?</b></p> <p><b>¿Qué preocupaciones tiene sobre su salud?</b></p> <p><b>A veces, se siente triste después de tener un bebé. ¿Se ha sentido triste o deprimida recientemente?</b></p> <p><b>¿Qué condiciones médicas tuvo durante sus embarazos anteriores?</b></p> <p><b>¿Fuma, usa algún producto para tabaco, o chicles o parches de nicotina?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es sí, ¿qué productos?</li> <li>• Si fuma cigarrillos, ¿cuántos por día?</li> </ul> <p><b>¿Con qué frecuencia bebe alcohol o consume drogas, incluida marihuana?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cantidad?</li> <li>• ¿Cuándo fue la última vez?</li> </ul> <p><i>Ingrese en la pantalla de certificación infantil o posparto sin amamantamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál fue su peso en el momento del parto?</li> <li>• ¿Su bebé nació por parto natural o por cesárea?</li> <li>• ¿Nació antes de tiempo? ¿Cuántas semanas?</li> <li>• ¿Cuánto midió y pesó su bebé al nacer?</li> </ul>
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p>	<p>(Si el valor de hemoglobina es bajo) <b>¿Qué le dijo su médico sobre el hierro?</b></p>
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p>	<p><b>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</b></p>

## Preguntas de evaluación posparto, sin amamantamiento

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li> <li>Víctima de abuso (en los últimos 6 meses)</li> <li>(elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<p>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</p> <p>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</p> <p><b>Proveedores de salud para participantes:</b>            Proveedor 1 _____            Proveedor 2 _____            Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo pregunte en la certificación inicial</i>)</p>
<p><b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suplementación inadecuada de ácido fólico (&lt;400 mcg)</li> <li>Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>Pica</li> <li>Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p><b>Ahora, me gustaría centrarme en lo que come.</b></p> <p>¿Qué escuchó acerca de comer después del parto?</p> <p>¿Qué cambió ahora en su alimentación?</p> <p>¿Qué opina sobre comer verduras y frutas?</p> <p>¿Qué bebe en un día común?</p> <p>¿Qué vitaminas u otros suplementos toma?</p> <p><b>Si pudiera hacer un cambio en su alimentación, ¿cuál sería?</b></p>
<p><b>ECOSOCIAL</b></p>	<p>Pantalla opcional</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b></p>	<p>Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación</p>

## Preguntas de evaluación sobre niños de 0 a 4 meses

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre su bebé y su familia. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)	
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Alergias a alimentos (impacto grave en la alimentación)</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Trastornos genéticos y congénitos</li> <li>• Trastornos metabólicos</li> <li>• Síndrome de abstinencia neonatal (<math>\leq 6</math> meses)</li> <li>• Otra condición médica (repercute en el estado de nutrición)</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> </ul> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones para amamantar</li> <li>• Necesidad/uso de sacaleches</li> <li>• Inmunizaciones</li> </ul>	<p>¿Cuánto midió y pesó su bebé al nacer?</p> <p>¿Nació en la fecha prevista o antes de tiempo?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud del bebé?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que lo atendió el médico? ¿Qué opina el médico sobre su crecimiento o salud?</p> <p>¿Cómo le va con la alimentación?</p>	
	<p><b>Si está amamantando:</b></p>	<p><b>Si <u>no</u> está amamantando:</b></p>
	<p>¿Con qué frecuencia amamanta o se extrae leche?</p> <p>¿El bebé consume algo más, aparte de la leche materna?</p> <p>(En caso afirmativo) ¿Desde qué edad?</p> <p>¿En qué cantidad? (en un período de 24 horas)</p> <p>¿Cuántos pañales deja su bebé mojados en 24 horas?</p> <p>¿Cuántos pañales sucios (con popó) deja su bebé en 24 horas?</p>	<p>¿Cuándo fue la última vez que amamantó a su bebé?</p> <p>¿Podría decirme por qué dejó de amamantarlo o de darle leche materna?</p> <p>¿Cuánta leche de fórmula le da en un período de 24 horas?</p>
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p> <p>Comparta la tabla de crecimiento</p>	<p>¿Qué opina sobre el crecimiento de su hijo?</p>	
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición al humo de tabaco en el ambiente Víctima de abuso (en los últimos 6 meses)</li> </ul>	<p>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa. En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</p> <p>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</p>	

## Preguntas de evaluación sobre niños de 0 a 4 meses

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<b>Proveedores de salud para participantes:</b> Proveedor 1 _____ Proveedor 2 _____ Proveedor 3 _____ ¿Cómo conoció WIC? ( <i>solo</i> pregunte en la certificación inicial)	
<b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b> <i>Escuche y determine</i> <b>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción temprana a sólidos (&lt;6 meses)</li> <li>• Ingesta de bebidas con azúcar</li> <li>• Suplementación inadecuada de flúor (<math>\geq</math>6 meses)</li> <li>• Suplementación inadecuada de vitamina D (&lt;400 UI)</li> <li>• Dilución inadecuada de la fórmula</li> <li>• Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>• Sustitución inadecuada de la leche materna/de fórmula</li> <li>• Uso inadecuado de biberón/taza</li> <li>• Frecuencia limitada de amamantamiento (&lt;2 meses)</li> <li>• No hay relación justificada entre el desarrollo y la alimentación</li> <li>• Alimentos posiblemente contaminados</li> <li>• Manipulación/almacenamiento inseguro de leche materna/de fórmula</li> <li>• Alimentación muy restringida</li> </ul>	<b>La mayoría de los cuidadores tienen preguntas sobre la alimentación. ¿Qué preguntas tiene?</b> ¿De qué forma le demuestra su bebé que tiene hambre? ¿De qué forma le demuestra que ya está satisfecho?	
	<b>Amamantamiento:</b>	<b>Alimentación con fórmula:</b>
	<b>Cuando usa el biberón, ¿qué hace con la leche materna sobrante después de una alimentación?</b> ¿Planea volver a trabajar? ¿Planea extraerse leche?	<b>Por lo general, los cuidadores tienen preguntas sobre la mezcla correcta de la fórmula. ¿Cómo mezcla la fórmula?</b> ¿Qué tipo de agua usa? ¿Qué hace con la fórmula sobrante después de una alimentación?
<b>ECOSOCIAL</b>	Pantalla opcional <b>Nota:</b> Si se introduce información en esta pantalla, se requiere una respuesta para el menú desplegable de actividad física y visualización de TV/videos para bebés y niños.	
<b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b>	Bebé de madre elegible para WIC (<6 meses) Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones de alimentación Consumo de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo) Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación	

## Preguntas de evaluación sobre niños de 5 a 8 meses

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre su bebé y su familia. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)	
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Alergias a alimentos (impacto grave en la alimentación)</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Trastornos genéticos y congénitos</li> <li>• Trastornos metabólicos</li> <li>• Síndrome de abstinencia neonatal (<math>\leq 6</math> meses)</li> <li>• Otra condición médica (repercute en el estado de nutrición)</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> </ul> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones para amamantar</li> <li>• Necesidad/uso de sacaleches</li> <li>• Inmunizaciones</li> </ul>	<p>¿Cuánto midió y pesó su bebé al nacer?</p> <p>¿Nació en la fecha prevista o antes de tiempo?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud del bebé?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que lo atendió el médico?</p> <p>¿Qué opina el médico sobre su crecimiento o salud?</p> <p>¿Cómo le va con la alimentación?</p>	
	<p><b>Si está amamantando:</b></p> <p>¿Con qué frecuencia amamanta o se extrae leche?</p> <p>¿Su bebé consume algo más aparte de la leche materna? (use notas adhesivas)</p> <p>(En caso afirmativo) ¿Desde qué edad?</p> <p>¿Le da fórmula? (En caso afirmativo) ¿Qué cantidad?</p> <p>En la actualidad, ¿su bebé consume algo más aparte de la leche materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) ¿Qué? ¿En qué cantidad? (en un período de 24 horas)</li> </ul>	<p><b>Si <u>no</u> está amamantando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo fue la última vez que amamantó a su bebé?</li> <li>• ¿Podría decirme por qué dejó de amamantarlo o de darle leche materna?</li> </ul>
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p> <p>Comparta la tabla de crecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué opina sobre el crecimiento de su hijo?</li> <li>• (Después de los 6 meses y si el valor de hemoglobina es bajo) ¿Qué le ha dicho su médico sobre el hierro del niño?</li> </ul>	
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li> <li>• Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<p><b>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</b></p> <p>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</p> <p>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</p>	

## Preguntas de evaluación sobre niños de 5 a 8 meses

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
	<p><b>Proveedores de salud para participantes:</b>                      Proveedor 1 _____                      Proveedor 2 _____                      Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo pregunte en la certificación inicial</i>)</p>
<p><b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción temprana a sólidos (&lt;6 meses)</li> <li>• Ingesta de bebidas con azúcar</li> <li>• Suplementación inadecuada de flúor (<math>\geq</math>6 meses)</li> <li>• Suplementación inadecuada de vitamina D (&lt;400 UI)</li> <li>• Dilución inadecuada de la leche de fórmula</li> <li>• Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>• Sustitución inadecuada de la leche materna/de fórmula</li> <li>• Uso inadecuado de biberón/taza No hay relación justificada entre el desarrollo y la alimentación</li> <li>• Alimentos posiblemente contaminados</li> <li>• Manipulación/almacenamiento inseguro de leche materna/de fórmula</li> <li>• Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p><b>La mayoría de los cuidadores tienen preguntas sobre los cambios en la forma en que el bebé está comiendo. Algunos temas que surgen con frecuencia son sobre gustos y texturas, y aprender a beber de una taza.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué escuchó sobre comenzar a comer alimentos sólidos?</li> <li>• ¿Comenzó a enseñarle al niño a usar una taza?</li> <li>• ¿Qué vitaminas u otros suplementos le da a su bebé?</li> <li>• ¿Qué es lo que disfruta de alimentar a su bebé?</li> </ul>
<p><b>ECOSOCIAL</b></p>	<p>Pantalla opcional</p> <p><b>Nota:</b> Si se introduce información en esta pantalla, se requiere una respuesta para el menú desplegable de actividad física y visualización de TV/videos para bebés y niños.</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b></p>	<p>Bebé de madre elegible para WIC (&lt;6 meses)                      Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones de alimentación                      Consumo de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo)                      Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación</p>

## Preguntas de evaluación sobre niños de 9 a 11 meses

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre su bebé y su familia. ¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)	
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li> <li>• Alergias a alimentos (impacto grave en la alimentación)</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Trastornos genéticos y congénitos</li> <li>• Trastornos metabólicos</li> <li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li> <li>• Otra condición médica (repercute en el estado de nutrición)</li> </ul> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones para amamantar</li> <li>• Necesidad/uso de sacaleches</li> <li>• Inmunizaciones</li> </ul>	<p>¿Cuánto midió y pesó su bebé al nacer?</p> <p>¿Nació en la fecha prevista o antes de tiempo?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud del bebé?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que lo atendió el médico?</p> <p>¿Qué opina el médico sobre su crecimiento o salud?</p> <p>¿Cómo le va con la alimentación?</p>	
	<p><b>Si está amamantando:</b></p> <p>¿Con qué frecuencia amamanta o se extrae leche?</p> <p>¿Su bebé consume algo más aparte de la leche materna? (use notas adhesivas)</p> <p>(En caso afirmativo) ¿Desde qué edad?</p> <p>¿Le da fórmula? En caso afirmativo, ¿qué cantidad?</p> <p>En la actualidad, ¿su bebé consume algo más aparte de la leche materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) ¿Qué? ¿En qué cantidad? (en un período de 24 horas)</li> </ul>	<p><b>Si <u>no</u> está amamantando:</b></p> <p>¿Cuándo fue la última vez que amamantó a su bebé?</p> <p>¿Podría decirme por qué dejó de amamantarlo o de darle leche materna?</p>
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p> <p>Comparta la tabla de crecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué opina sobre el crecimiento de su hijo?</li> <li>• (Si el valor de hemoglobina es bajo) ¿Qué le ha dicho su médico sobre el hierro?</li> </ul>	

## Preguntas de evaluación sobre niños de 9 a 11 meses

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrita deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li> <li>Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li> </ul>	<p>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</p> <p>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</p> <p><b>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</b></p> <p><b>Proveedores de salud para participantes:</b>            Proveedor 1 _____            Proveedor 2 _____            Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo</i> pregunte en la certificación inicial)</p>
<p><b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingesta de bebidas con azúcar</li> <li>Suplementación inadecuada de flúor (<math>\geq 6</math> meses)</li> <li>Suplementación inadecuada de vitamina D (&lt;400 UI)</li> <li>Dilución inadecuada de la leche de fórmula</li> <li>Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>Sustitución inadecuada de la leche materna/de fórmula</li> <li>Uso inadecuado de biberón/taza</li> <li>No hay relación justificada entre el desarrollo y la alimentación</li> <li>Alimentos posiblemente contaminados</li> <li>Manipulación/almacenamiento inseguro de leche materna/de fórmula</li> <li>Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p><b>Algunos temas que surgen con frecuencia son sobre beber de una taza, introducir a la alimentación las comidas que come la familia y la transición a la leche común. Cuénteme sobre los momentos en que alimenta a su hijo.</b></p> <p><b>¿Qué vitaminas u otros suplementos le da a su bebé?</b></p> <p><b>¿Qué es lo que disfruta de alimentar a su bebé?</b></p> <p><b>¿Sobre qué tema le gustaría saber más?</b></p>
<p><b>ECOSOCIAL</b></p>	<p>Pantalla opcional</p> <p><b>Nota:</b> Si se introduce información en esta pantalla, se requiere una respuesta para el menú desplegable de actividad física y visualización de TV/videos para bebés y niños.</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b></p>	<p>Cuidador con capacidad limitada para tomar decisiones de alimentación</p> <p>Consumo de sustancias por parte de la madre (durante el embarazo)</p> <p>Si no se identificaron riesgos, asigne: No cumple con las pautas de alimentación</p>

## Preguntas de evaluación sobre niños

**Texto introductorio:** A todas las personas les hacemos estas breves preguntas. Me ayudan a saber más sobre su hijo y su familia.

¿Le parece bien que le haga unas breves preguntas?

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Condiciones médicas como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interacciones entre medicamentos y nutrientes</li><li>• Alergias a alimentos (impacto grave en la alimentación)</li><li>• Trastornos gastrointestinales</li><li>• Trastornos genéticos y congénitos</li><li>• Intolerancia a la lactosa</li><li>• Condiciones de salud bucal</li><li>• Cirugías mayores recientes, traumatismos, quemaduras</li></ul> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inmunizaciones</li></ul>	<p>¿Cuánto midió y pesó su hijo al nacer?</p> <p>¿Nació aproximadamente en la fecha prevista?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que acudió al médico de su hijo?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene el médico de su hijo sobre la salud del niño?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene usted?</p>
<p><b>ANTROPOMETRÍA/LABORATORIO</b></p> <p>Comparta la tabla de crecimiento</p>	<p>¿Qué le ha dicho el médico sobre el crecimiento del niño?</p> <p>¿Le gustaría ver la tabla de crecimiento de su hijo?</p> <p>¿Qué opina sobre el crecimiento del niño?</p> <p>(Si el valor de hemoglobina es bajo) ¿Qué le ha dicho su médico sobre el hierro de su hijo?</p>
<p><b>EVALUACIÓN FAMILIAR</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición al humo de tabaco en el ambiente</li><li>• Víctima de abuso (en los últimos 6 meses) (elija en la pantalla Factor de riesgo asignado)</li></ul>	<p><b>Las siguientes preguntas son sobre su familia y otras personas que viven en su casa.</b></p> <p><b>En las últimas semanas, ¿han estado usted o su hijo/a en un espacio cerrado (en casa, en el coche, en el trabajo, en la guardería, etc.) mientras alguien fumaba o usaba un vaporizador?</b></p> <p><b>¿Alguna vez sintió inseguridad en su casa? ¿Sintió temor de su pareja o de un miembro de la familia?</b></p> <p><b>Proveedores de salud para participantes:</b></p> <p>Proveedor 1 _____</p> <p>Proveedor 2 _____</p> <p>Proveedor 3 _____</p> <p>¿Cómo conoció WIC? (<i>solo</i> pregunte en la certificación inicial)</p>

Pantalla de Cascades	Preguntas (las preguntas en negrilla deben contestarse de manera obligatoria)
<p><b>ALIMENTACIÓN Y SALUD</b></p> <p><i>Escuche y determine</i></p> <p><b>Preocupaciones respecto de la nutrición como, por ejemplo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de bebidas con azúcar</li> <li>• Suplementación inadecuada de flúor (&gt;6 meses)</li> <li>• Suplementación inadecuada de vitamina D (&lt;400 UI)</li> <li>• Sustitución inadecuada de leche</li> <li>• Suplementación inapropiada o en exceso</li> <li>• Uso inadecuado de biberón/taza</li> <li>• No hay relación justificada entre el desarrollo y la alimentación</li> <li>• Pica</li> <li>• Alimentos posiblemente contaminados</li> <li>• Leche semidescremada o descremada (de 12 a 23 meses)</li> <li>• Alimentación muy restringida</li> </ul>	<p>Este es un momento en que los cuidadores, por lo general, tienen preguntas sobre la alimentación de sus hijos.</p> <p><b>¿Qué opina sobre la alimentación de su hijo?</b></p> <p><b>¿Hay algún alimento que su hijo no pueda comer debido a alergias u otras razones?</b></p> <p><b>¿Qué siente su hijo sobre comer verduras y frutas?</b></p> <p><b>¿Qué bebe su hijo en un día común?</b></p> <p><b>¿Qué vitaminas u otros suplementos toma el niño?</b></p> <p><b>¿Qué le alegra más respecto de la alimentación de su hijo?</b></p> <p><b>Si pudiera hacer un cambio en su alimentación, ¿cuál sería?</b></p> <p><b>EVALUACIÓN DE SALUD</b></p> <p>¿Qué cambió en la salud del niño desde la certificación del (indique la fecha)?</p> <p>¿Qué cambió en su alimentación o actividad física?</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene sobre la salud, la alimentación o la actividad física de su hijo?</p>
<p><b>ECOSOCIAL</b></p>	<p>Pantalla opcional</p> <p><b>Nota:</b> Cualquier ingreso en esta pantalla requiere una selección en el menú desplegable de actividad física y visualización de TV/videos.</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO ASIGNADOS</b></p>	<p>Capacidades limitadas para una nutrición adecuada o para tomar decisiones de alimentación</p> <p>Si no se identificaron riesgos, asigne:</p> <p>No cumple con las pautas de alimentación No cumple con las pautas de comidas</p>