INFANT NUTRITION SURVEY

Baby's Name	Baby's Age:	Today's Date:

Please circle or write your answers to the following questions:

1. **How are you feeding your baby?** *Breastfeeding* *Both breastfeeding and formula* *Formula Feeding*

For Babies birth to 4 months:

2. **In the last 24 hours (day & night), how many wet diapers did your baby have?** _____
3. **In the last 24 hours (day & night), how many dirty (poopy) diapers did your baby have?**_____
4. **Circle all the ways you would describe your baby's poop:**

   Color: *Black & Sticky* *Brownish to Greenish* *Yellowish & Seedy* *Other*_____

   Texture: *Firm* *Hard & Pebbly* *Soft* *Watery* *Other*_____

5. **How do you know when your baby is ready to eat?** _____
6. **How do you know when your baby is full?**_____
7. **If you breastfeed your baby:**

   *How many times in 24 hours do you breastfeed?*_____

   How is breastfeeding going? (Not good) 1……2……3……4……5 (Great)

8. **If you feed your baby formula:**

   How often does your baby take a bottle of formula? _____

   How many ounces of formula are put in each bottle? _____

   How many ounces of formula does your baby drink at a feeding? _____

   What is the name of the formula you give your baby? _____

   *How do you make the formula: How much formula*_____ *How much water*_____

   How is formula feeding going? (Not good) 1……2……3……4……5 (Great)

9. **If your baby uses a bottle:**
   - **Where are all the places your baby takes a bottle:** *Bed* *Stroller* *Car Seat* *High-chair* *Held in someone's arms* *Hold's own bottle* *Other*_____
   - **Does your baby drink anything out of the bottle other than formula or breastmilk?** *Yes* *No*
10. **I give my baby:** *Vitamins* *Iron drops* *Vitamin D* *Fluoride* *Medicine* *None* *Other*_____
11. **My baby currently has:** *Allergies* *Rash* *Constipation* *Diarrhea* *Vomiting* *Colic* *None*
12. **Where does baby's drinking water and/or water to mix formula come from?**

    City Water *Well Water* *Bottled Water* *Nursery Water* *Don't know*

For Babies 4 months and older:

13. **What do you feed your baby?** *Family / table foods* *Baby food in jars* *Both* *None*
14. **What textures of food do you feed your baby?** *Smooth* *Chunky* *Chopped* *Soft pieces*

    *Other*_____

15. **How do you feed your baby solid foods?** *Spoon* *Bottle* *Infant Feeder* *Baby feeds self*
16. **Does your baby eat honey or any foods made from honey?** *Yes* *No*
17. **Does your baby drink from a cup?** *Yes* *No*

18. **What questions do you have about how your baby is eating and growing?**

    _____

CUESTIONARIO DE NUTRICÍON PARA BEBÉS

Nombre del bebé:	Edad del bebé:	Fecha:

Favor de trazar un círculo o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. **¿Cómo está alimentando a su bebé?** *Sólo Amamantando* *Amamantando y fórmula* *Fórmula solamente*

Para bebés desde nacimiento hasta 4 meses:

2. **En las últimas 24 horas (día y noche), ¿cuántos pañales mojó su bebé?** _____
3. **En las últimas 24 horas (día y noche), ¿cuántos pañales ensució (heces) su bebé?**_____
4. **Trace un círculo alrededor de todas las palabras que usaría para describir las heces de su bebé:**

   Color: *Negro y pegajoso* *Pardusco casi verdoso* *Amarillento* *Otro*_____

   Textura: *Firme* *Dura y como piedritas* *Suave* *Aguada* *Otro*_____

5. **¿Cómo sabe cuándo su bebé quiere comer?** _____
6. **¿Cómo sabe cuándo su bebé está satisfecho?**_____
7. **Si amamanta a su bebé:**

   *¿Cuántas veces en 24 horas amamanta a su bebé?*_____

   ¿Cómo le va cuando amamanta a su bebé? (Mal) 1.....2.....3.....4.....5 (Muy bien)
8. **Si alimenta a su bebé con fórmula:**

   ¿Con cuánta frecuencia toma su bebé biberones con fórmula? _____

   ¿Cuántas onzas de leche pone en cada biberón? _____

   ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé en cada biberón? _____

   ¿Cómo se llama la fórmula que toma su bebé? _____

   *¿Cómo prepara la fórmula: Cuánta formula*_____ *Cuánta agua*_____

   ¿Cómo le va el alimentar a su bebé con fórmula? (Mal) 1.....2.....3.....4.....5 (Muy bien)
9. **Si su bebé usa un *biberón*:**
   - **¿En cuáles lugares toma su bebé el *biberón*:** *Cama* *Carriola* *Asiento de seguridad* *Los brazos de alguien* *Silla alta* *Bebé sostiene el biberón* *Otros (apunte)*_____
   - **Aparte de leche materna o fórmula, ¿el bebé toma bebidas en el biberón?** *Sí* *No*
10. **El bebé toma:** *Vitaminas* *Gotas de hierro* *Vitamina D* *Fluoruro* *Medicina* *Ninguno* *Otro*_____
11. **Mi bebé tiene actualmente:** *Alergias* *Sarpullido* *Estreñimiento* *Diarrea* *Vómitos* *Cólicos* *Nada* *Otro*_____
12. **¿De dónde viene el agua que toma el bebé y el agua para preparar la fórmula?** *Agua de la Ciudad* *Agua de pozo* *Agua embotellada* *Agua especializado para preparar fórmula* *No sé*

Para bebés de 4 meses o más:

13. **¿Qué le da de comer a su bebé?** *Comida casera* *Comida para bebés en frasco* *Ambos* *Ninguno*
14. **¿Cuáles texturas de comida le da a su bebé?** *Molidas* *Trozos* *Picadas* *Pedazos suaves* *Otras* _____
15. **¿Cómo le da comida sólida a su bebé?** *Cuchara* *Biberón* *Alimentador infantil* *Bebé se alimenta por sí mismo*
16. **¿El bebé come miel o comidas hechas con miel?** *Sí* *No*
17. **¿El bebé toma de un vaso?** *Sí* *No*

18. **¿Qué preguntas tiene sobre cómo su bebé está comiendo y creciendo?**

    _____