

Lactancia materna, alimentación complementaria y estado nutricional en niños preescolares

Fecha: Día Mes Año

Nombre del niño: _____

Afiliación:

			No escriba en la columna sombreada	
1	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	1	<div><div></div></div>
2	Edad del niño en meses (Anote las unidades que da la madre)	_____	2	<div><div></div><div></div></div> Meses
3	Edad de la madre (años)	_____	3	<div><div></div><div></div></div>
4	Número de hijos:	_____	4	<div><div></div><div></div></div>
5	¿Qué lugar ocupa el hijo <i>motivo de este cuestionario</i> ?	_____	5	<div><div></div><div></div></div>
6	Peso en Kilogramos:	_____	6	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
7	Talla en Centímetros:	_____	7	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
8	Indice de Masa corporal	_____	8	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Lactancia y Alimentación complementaria

Anote en cada pregunta la informacion que se solicita

Escriba claramente o tache la opcion que corresponda

Señale con una X el mes en que se le proporciono lactancia, el alimento y su duracion

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
9	Lactancia Materna Exclusiva																		
10	Leche de Formula																		
10.1	De inicio:																		
10.2	De continuacion:																		
11	Tés																		
12	Agua																		
13	Papilla																		
	Fruta																		
	Verdura																		
	Cereales																		
	Carnes																		
	Leguminosas																		
	Lacteos																		
	Pescado																		
	Mariscos																		
14	Alimento utilizado para iniciar la Ablatacion	_____																14	<div><div></div><div></div></div>