

PEACH Survey
Nutrition Screener

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Unique number: _____ Completed by: _____ Date completed: _____

Por favor circule, Sí or No para cada pregunta que se aplica a su niño. Si Sí es un círculo , agregue el valor del punto en el paréntesis () al lado de Sí. Si hay un puntaje de 4 o más , consulte dietista registrada .

¿Su niño tiene un problema de la salud? ¿Si? Que es:	Sí (1)	NO
¿Su niño toma medicamentos para un problema de salud? ¿Si? Que tipo:	Sí (1)	NO
¿Su niño come una dieta especial? ¿Si? Que tipo:	Sí (2)	NO
¿Es su niño pequeño para su edad? ___ ¿Delgado? ___ ¿Demasiada pesada? ___ (Si marca alguno de los ítemes arriba, marque sí.)	Sí (3)	NO
Circule sí si su niño tiene problemas con: ___ Diarrea ___ Estreñimiento ___ Vómitos ___	Sí (3)	NO
¿Su niño tiene algunas problemas con alimentación?	Sí (3)	NO
Circule sí si su niño tiene problemas con: Chupar ___ Tragar ___ Masticar ___ Ahogarse ___ Retener comida/liquidos en los mejillas ___	Sí (3)	NO
¿Su niño usa un tubo de alimentación como metodo para comer? (No es una popote/sorbete.) Si? Explicarse:	Sí (4)	NO
¿Es el apetito de su niño un problema? ¿Si? Explicarse:	Sí (1)	NO
¿Su hijo se niega a comer , tira comida , o hace otras cosas que molestan a la hora de la comida?	Sí (2)	NO
Circule sí si su niño no come/toma: Leche ___ Pollo/Carne/Frijoles ___ Verduras ___ Frutas ___	Sí (1)	NO
¿Su niño tiene alergias a comida? ¿Si? de cómo los alimentos:	Sí (1)	NO
¿ Su niño come barro, pedacitos de pintura , tierra, u otras cosas que no son alimentos? ¿Si? ¿Que cosas?	Sí (2)	NO
Para los bebés menores de 12 meses que reciben lactancia materna ¿Su niño: tiene problems para pegarse al pecho ___ Amamantar menos 4 veces en 24 horas ___ Tener menos de 6-8 pañales mojados al dia ___ Tener menos de 2-3 pañales sucios al dia ___ ?	Sí (2)	NO
Para niños menores de 12 meses de edad que son alimentados con biberón: ¿Su niño toma menos de 24 onzas de fórmula por el dia ?	Sí (1)	NO
Para niños por mayores de 12 meses y menos de 18 meses: ¿Su niño no usa un vaso abierto ___? ¿No esta su niño comiendo con los dedos? ___	Sí (1)	NO
Para niños por mayores de 18 meses: ¿Su niño toma casi todos los liquidos de un biberon? ¿Su niño no usa una cuchara or tenedor?	Sí (2) Sí (2)	NO NO
Total de puntos sí=		██████████
Notas:		