

HISTORIAL DE CASO DE TERAPIA DE ALIMENTACIÓN (FEEDING THERAPY CASE HISTORY)

Por favor complete este formulario antes de la evaluación de alimentación de su niño

Nutrición y alimentación

1. Peso Actual: _____ Estatura: _____ (a la fecha:) _____
2. ¿Tiene su niño dificultad ganando peso? Si No
3. ¿Tiene usted actualmente o ha tenido en el pasado preocupaciones nutricionales? Si No
4. ¿Qué ayuda ha tenido en el manejo de nutrición? (ej.consultas nutricionales, sugerencias del proveedor, fórmulas especiales, alimentos, etc.): _____

5. ¿Tuvo alguna preocupación acerca de la alimentación de su niño cuando era un infante? si es así por favor explique: _____

6. ¿Tiene o ha tenido su niño: (marque todos los aplicables):

- Tubo G o Tubo J: Empezó: _____ Terminó: _____
- Sonda Nasográstica: Empezó: _____ Terminó: _____
- Sonda Gástrica-Oral: Empezó: _____ Terminó: _____

¿Por qué le colocaron las sondas? _____

¿Cuántas veces alimenta a su niño por día? _____ Bolus Continuo

¿Qué tipo de fórmula? _____

7. ¿Qué tipo de fórmula/leche usa usted para las alimentaciones orales? _____

8. Marque todos los aplicables (actualmente o en el pasado):

- Pecho: Si No ¿Cada cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo en cada pecho? _____
Edad que empezó: _____ Edad que paró: _____
- Botella: Si No ¿Cada cuánto? _____ ¿Cuántas onzas por alimentación? _____
Edad que empezó: _____ Edad que paró: _____
¿En cuánto tiempo se toma la botella? _____ Tipo de tetilla: _____
- Taza: Si No ¿Cada cuánto? _____ ¿Cuántas onzas por alimentación? _____

¿Sabe su niño usar una pajilla/popote? Si No

¿Necesita asistirlo para tomar de una taza? Si No

¿Sabe su niño usar los utensilios de mesa? Si No

9. Por favor haga una lista de los alimentos que particularmente le gustan a su niño o que le son fáciles de manejar: _____

10. Por favor haga una lista de los alimentos que particularmente no le gustan a su niño o que no los puede comer bien.

Describe porqué son difíciles para su niño: _____

11. Por favor escriba el patrón normal de defecación del niño: ___ veces/día

¿Tiene estreñimiento crónico? Si No ¿Diarrea crónica? Si No ¿Sangre en las heces? Si No

12. ¿Está vomitando su niño? Si No Si es así, cuán frecuentemente, tiempo del día, al alimentarlo, después de alimentarlo, etc.: _____

13. Escriba cualquier historial médico familiar de trastornos de alimentación o gastro intestinales, trastornos de alimentación o peculiaridades de padres/hermanos: _____

Patient Label

14. ¿Ha tenido su niño alguna de las siguientes pruebas? (por favor, marque):
 Tracto digestivo superior Estudio de Deglución Endoscopia Medicina Nuclear/Vaciado Gástrico
 Sonda de Ph Resultados: _____
15. ¿Ha tenido su niño? (marque los aplicables):
 Resfriados frecuentes Bronquitis Asma Bronquiomalacia Traqueomalacia
 Laringomalacia Displasia bronco pulmonar Uso de oxígeno
 Traqueotomía (sí, fecha colocada: _____ fecha removida: _____)
Razón de la traqueotomía: _____
Servicios de salud en el hogar: Si No Si es así, ¿qué tipo de servicios y por cuántas horas?: _____

Estado oral motor

Nota usted alguno de los siguiente:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Babea | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Succiona continuamente; succión pobre | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Muerde-¿puede su niño morder pedazos de alimentos voluntariamente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. Control pobre de la lengua (ej., empuja, poca movilidad) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Traga-¿el niño se atraganta o le da nauseas a menudo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| f. Control labial- ¿Puede el niño mantener su boca cerrada? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| g. Mastica (para niños mayores de 12 meses) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| h. Hipersensibilidad a la textura de las comidas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| i. Hipersensibilidad a la temperatura de las comidas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| j. Hipersensibilidad a la cuchara | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Posiciones, equipo y ambiente para la alimentación

1. ¿Qué posición usa usted típicamente para alimentar a su niño? (marque los aplicables):
 Sentado en sus piernas Reclinado en sus brazos Silla de comer para niños Asiento Booster
 Silla adaptada Otro: _____
2. ¿Come su niño solo o con la familia? _____
3. ¿Tiene su niño problemas de comportamiento durante la comida? Si No
Si es así, por favor especifique:
 Tira comida Se ensucia mucho al comer
 Escupe la comida Toma comida de otros
 Lloro, grita Rechaza comida
 Se va de la mesa antes de terminar Come demasiado
 Sólo come ciertos alimentos Otro (por favor especifique): _____
4. ¿Usa alguna adaptación para ayudar a mantener a su niño sentado en la posición correcta? (marque los aplicables):
 Bolster Silla de inserción Cinturón de pecho Bandeja Apoyo para la cabeza
 Cinturón de cadera Otro: _____
5. ¿Usa su niño algunos de lo siguientes? (marque los aplicables):
 Cuchara cubierta con látex Cuchara Cuchillo Tenedor Tetilla especial Vaso de aprendizaje
 Taza cortada Otro: _____
6. ¿Usted permite de que su niño se ensucie con la comida mientras come? Si No
Si es así, ¿le gusta esto a su niño o le molesta? Le gusta Le molesta
Comentarios: _____
A usted como padre, ¿le molesta dejar que su niño se ensucie con la comida? Si No



7. ¿Tiene problemas cepillándole los dientes a su niño? Si No
 Si es así, por favor describa: _____
 Si su niño es mayor de 3 años, ¿ha sido revisado por un dentista? Si No
8. ¿Demuestra su niño alguna reacción negativa cuando le tocan o le lavan la cara? Si No
 Si es así, por favor describa: _____
9. ¿Cómo describiría la personalidad de su niño? _____
-
10. ¿Se lleva su niño a la boca juguetes o las manos? Si No
11. ¿Le gusta a su niño succionar un chupete? Si No
12. ¿Se alimenta su niño por sí mismo? Si No
13. Le gusta a su niño que lo (encierre todos los aplicables): Toquen Acaricien Mezan Balanceen
14. ¿Tiene alguna preocupación acerca del patrón de sueño de su niño? Si No
 Por favor, describa: _____
15. ¿Se duerme por sí mismo su niño? Si No

Prácticas de alimentación

1. ¿A qué edad introdujo alimentos sólidos? _____
2. ¿Usa su niño la botella o el chupete todavía? _____
3. Consistencia de los alimentos (por favor marque todos los aplicables):

Consistencia de los alimentos	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Líquidos/sopas	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida para bebé etapa 1 ó 2	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida para bebé etapa 3/juvenil	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida cremosa	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida de mesa mezclada	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida de mesa majada	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida de mesa cortada	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida de mesa regular	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida crujiente (galletas)	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida masticable (carne)	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer
Comida crujiente (zanahorias)	<input type="checkbox"/> No come	<input type="checkbox"/> Puede comer	<input type="checkbox"/> Nunca ha tratado	<input type="checkbox"/> No puede comer

Anote la razón por la cual rehúsa comer la comida: _____

Describe cualquier dieta especial: _____

Patrón alimenticio

1. ¿Los hábitos y preferencias alimenticias de su niño concuerdan con las de la familia? Si No
2. ¿Come su niño poquito durante las comidas y merienda a través del día? Si No
3. ¿Cuánto tiempo le toma a su niño terminar una comida? (marque sólo uno):
 Menos de 10 minutos 10-20 minutos 20-30 minutos 30-60 minutos over 60 minutos
4. ¿Cómo le hace saber su niño que tiene apetito? _____

Patient Label