Folio

Lactancia materna, alimentación complementaria y estado nutriicional en niños preescolares

Fecha: Día Mes Año

Nombre del niño: _____

Afiliacion:

No escriba en la columna sombreada

1	Sexo **1. Masculino** **2. Femenino**	1	
2	Edad del niño en meses (Anote las unidades que da la madre) _____	2	Meses
3	Edad de la madre (años) _____	3	
4	Número de hijos: _____	4	
5	¿Qué lugar ocupa el hijo *motivo de este cuestionario?* _____	5	
6	Peso en Kilogarmos: _____	6	
7	Talla en Centimetros: _____	7	
8	Indice de Masa corporal _____	8	

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	