

Programa de alimentación y crecimiento

Registro de consumo de alimentos

Instrucciones

- Registre todo lo que su hijo come en un día, por 3 días diferentes. Uno de los tres días debe ser sábado o domingo.
- Anote la hora de cada comida o bocadillo.
- Anote las comidas, bocadillos y todo lo que toma su hijo. Aclare cómo fueron preparadas (frito, al horno, etc.) y la marca.
- Registre las cantidades, tanto de sólidos como de líquidos, en cucharaditas (tsp), cucharadas (tbs), tazas (cups), onzas, etc.
- Ponga lo que sucedía mientras estaba comiendo; por ejemplo, quién estaba presente, en qué lugar comió y qué estaba haciendo su hijo. Aclare si alguien le dio de comer o si comió solo.

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿qué estaba haciendo?)
8 a.m.	Ejemplos: 4 oz. de jugo de naranja, taza con tapadera	4 oz.	2 oz.	Cocina	Con la mamá y la hermana
	Waffles Eggo congelados	1 waffle	¾ waffle	Mesa, silla alta	Come solo
	Margarina blanda (Soft-spread Parkay)	1 tsp.	1 tsp.	"	
9 a.m.	6 oz. PediaSure en lata		6 oz.	En la sala, caminando, viendo la televisión	Vomitó 2 oz.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Día de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom (marque uno)

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿Qué estaba haciendo?)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Día de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom (marque uno)

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿Qué estaba haciendo?)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Día de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom (marque uno)

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿Qué estaba haciendo?)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Día de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom (marque uno)

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿Qué estaba haciendo?)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Día de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom (marque uno)

Hora	Comida o bebida	Cantidad ofrecida	Cantidad ingerida	Lugar	Notas (¿con quién estaba?, ¿Qué estaba haciendo?)

Para más información

- Programa de Alimentación y Crecimiento
206-987-5120
- Consulte con el proveedor de atención médica de su hijo
- www.seattlechildrens.org

Servicio gratuito de interpretación

- En el hospital, solicítelo a la enfermera.
- Fuera del hospital, llame a la línea gratuita de interpretación:
1-866-583-1527. Dígame al intérprete el nombre de la persona o la extensión que necesita.

Seattle Children's ofrece servicio de interpretación gratuito para pacientes, familiares y representantes legales sordos, con problemas de audición o con inglés limitado. Seattle Children's tendrá disponible esta información en formatos alternativos bajo solicitud. Llame al Centro de Recursos para Familias al 206-987-2201.

Esta información ha sido revisada por personal clínico de Seattle Children's. Sin embargo, como las necesidades de su niño son únicas, antes de actuar o depender de esta información, por favor consulte con el médico de su hijo.

© 2018 Seattle Children's, Seattle, Washington. Todos los derechos reservados.

11/18
Tr (jw/lv)
PE1478S