



DEPARTAMENTO DEL HABLA, EL LENGUAJE Y LA ALIMENTACIÓN
Historial de alimentación

Nombre del paciente: _____ Persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Sus inquietudes relacionadas con la alimentación de su hijo: _____

- No le gusta ensuciarse
No le gusta que le den de comer
No quiere o no puede comer solo (si se espera para su edad)
Dificultad para masticar
Tose o se atraganta al comer alimentos con texturas ¿Con qué frecuencia?

MARQUE TODOS LOS FACTORES LISTADOS A CONTINUACIÓN QUE APLIQUEN:

Métodos/utensilios utilizados actualmente:

- Pecho
Biberón/¿qué tipo de chupón se usa?
Taza/¿qué tipo se usa?
Cuchara/¿qué tipo se usa?
Tenedor
Pitillo
Dedos
Alimentación por sonda/¿tipo?
% de ingesta por sonda
Otro:

- Se le oye congestionado/húmedo al comer
Vomita durante/poco después/bastante después de la comida
Otro:

Horario de la comida:

Duración (en minutos):
15 30 45 60 >1 hora

- ¿En qué lugar se le da de comer a su hijo?
En su regazo
En una silla/¿de qué tipo?
En la cama
Otras posiciones:

Texturas que acepta actualmente:

- Fórmula:
Otros líquidos claros:
Líquidos espesos
Alimento comercial para bebés
Etapa I
Etapa II
Etapa III
Comida molida o comercial para bebés más grandes
Comida preparada en la licuadora
Alimentos comunes suaves hechos puré
Alimentos comunes (incluye alimentos masticables)
Solo acepta ciertos tipos de alimentos (anótelos)
Otro:

Personas que habitualmente le dan de comer al niño: _____

Horario: (Para bebés)

Cantidad de ingesta:
Aproximadamente cada horas
Total estimado en 24 horas:
¿Cómo sabe si su bebé está listo para comer?

Patrón de sueño/vigilia: _____

Horario: (Para bebés que empiezan a andar y mayores)

Hora: Comida/refrigerio Alimentos típicos: Cantidad:

Comportamientos sensoriales y en la alimentación

- No come nada que se le dé por la boca
Problemas para subir de peso
No come lo suficiente
Se duerme al comer
Rechaza (voltea la cara, llora, quiere que lo bajen)
Se olvida de respirar al comer
Se arquea/encoje las piernas en el estómago
Le cambia el color en la cara o la boca cuando come
Come refrigerios en el día
Juega a la hora de comer
Se distrae con facilidad
No se queda sentado al comer
Da arcadas/vomita con nuevas texturas o sabores
Arroja la comida o los utensilios

¿Qué le gustaría averiguar en la evaluación de hoy?

Otros profesionales con quienes ha discutido la alimentación de su hijo: _____

Patient ID