

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN - Solo

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

1. Información del cliente:

Nombre del cliente:

Segundo nombre del cliente:

Apellido del cliente:

Fecha de nacimiento:

HÁBITOS BUCALES / ALIMENTARIOS E INFORMACIÓN SENSORIAL

2. ¿Tiene usted o el pediatra del cliente alguna inquietud sobre el aumento de peso o la ingesta nutricional?

- Sí
- No

Por favor explique:

3. ¿Tuvo el cliente alguna dificultad para amamantar o alimentarse con biberón (p. Ej., llanto, náuseas, dificultad para prenderse)?

- Sí
- No

Por favor explique:

4. ¿A qué edad introdujo la alimentación con cuchara?

5. ¿Tuvo el cliente alguna dificultad con los alimentos hechos puré?

- Sí
- No

Por favor explique:

6. ¿A qué edad introdujo los alimentos sólidos (es decir, Cheerios)?

7. ¿El cliente presenta una postura de boca abierta y / o respiración por la boca?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

8. ¿El cliente es sensible a las texturas?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

9. ¿El cliente es sensible a los sonidos?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

10. ¿El cliente es sensible al olfato?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

11. ¿Cómo son los patrones de sueño del cliente?

12. ¿El cliente tiene alguna aversión a la comida?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

13. Describa cualquier aversión a la comida que el cliente pueda tener a lo siguiente:

	Por favor explique:
Sabor (es decir, dulce, salado, picante)	
Textura (puré, sólidos suaves, masticables, crujientes)	
Temperatura (cálido, fría, temperatura ambiente)	
Color	
Talla/Forma	

14. Describa las preferencias alimentarias inusuales que pueda tener el cliente:

15. ¿El cliente sigue una dieta restrictiva (sin gluten, etc.)?

- Si
- No

If so, please explain.

16. ¿Tiene el cliente alguna dificultad con las siguientes habilidades para comer? (por favor marque todos los que apliquen)

- beber por vaso
- beber con pajilla (sorbeto)
- comer con un tenedor
- comer con una cuchara
- se cansa fácilmente durante las comidas.
- tragar/deglutir
- formar un bolo alimenticio
- comer con los dedos

17. ¿Su hijo muestra alguno de los siguientes comportamientos durante la alimentación? (por favor indique todo los que corresponden)

- Asfixia
- Atragantamiento
- Babea
- Lagrimeo
- Náuseas
- Voz gargara
- Vómitos
- Estreñimiento
- Diarrea

18. ¿Cree que los hábitos alimenticios de su hijo están relacionados con los comportamientos notados?

- Si
- No

Por favor, explíque.

19. ¿Cuándo notó las dificultades de alimentación de su hijo?

20. ¿Qué consistencia de alimentos tiende su hijo a comer más?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Líquidos regulares | <input type="checkbox"/> Líquidos engrosados | <input type="checkbox"/> Cereal para bebés |
| <input type="checkbox"/> Masticables | <input type="checkbox"/> Masticables | <input type="checkbox"/> Alimentos con pocos trozos |
| <input type="checkbox"/> Alimentos con trozos | <input type="checkbox"/> Sabor agrio/intenso | <input type="checkbox"/> Comida de mesa picada |
| <input type="checkbox"/> Comida de mesa regular | <input type="checkbox"/> Alimentos crujiente | <input type="checkbox"/> Alimentos blandos |

21. ¿A qué temperatura desea su hijo que se le presente la comida? (indique todos lo que corresponde)

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Caliente | <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|

22. ¿Su hijo demuestra cualquier de los siguientes hábitos/problemas o los ha tenido en el pasado? Por favor, indique todo lo que le corresponda.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad masticando | <input type="checkbox"/> Sostiene comida en la boca o las mejillas | <input type="checkbox"/> Escupe comida |
| <input type="checkbox"/> Tira comida | <input type="checkbox"/> Rabieta mientras come | <input type="checkbox"/> Mastica en objetos no alimentarios |
| <input type="checkbox"/> Mete objetos no alimentarios a la boca | <input type="checkbox"/> Aversión a los olores | <input type="checkbox"/> Tomando medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Come en ambientes específicos | <input type="checkbox"/> No es dispuesto a probar nuevos alimentos | |

23. Enumere cualquier otra dificultad:

REGISTRO DE ALIMENTACIÓN (Alimentación Típica)

24. Por favor tome el tiempo para registrar todos los alimentos que se han consumido en el transcurso de cinco días. Esta información puede darle al terapeuta una idea de los alimentos típicos que consume el cliente.

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Desayuno					
Almuerzo					
Cena					
Meriendas					

25. Por favor, marque las dificultades que el cliente está teniendo en este momento.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No come lo suficiente | <input type="checkbox"/> Se niega a comer ciertas texturas / alimentos | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para beber líquidos |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con los alimentos sólidos | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con la temperatura de los alimentos (es decir, le gusta la comida solo fría / caliente) | |

INVENTARIO DE ALIMENTOS

Instrucciones: Marque cualquier alimento que el cliente aceptaría comer fácilmente si se lo sirviera durante el segmento especificado. Varios artículos se enumeran en almuerzo y cena. Solo marque los artículos en ambos lugares si al cliente se le servirán estos alimentos en ambas comidas. Por ejemplo, si el cliente comiera duraznos en el almuerzo, pero no se le serviría como parte de la cena, marque los duraznos sólo durante el almuerzo. La sección "condimentos" se refiere a los sabores que el cliente comería durante cualquier comida.

26. Desayuno

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> cereal, frío | <input type="checkbox"/> cereal, caliente | <input type="checkbox"/> leche |
| <input type="checkbox"/> jugo | <input type="checkbox"/> agua | <input type="checkbox"/> bebida de desayuno |
| <input type="checkbox"/> panecillo Inglés | <input type="checkbox"/> bagels | <input type="checkbox"/> magdalenas |
| <input type="checkbox"/> pasteles danés, rosquillas | <input type="checkbox"/> queso de crema | <input type="checkbox"/> mermelada |
| <input type="checkbox"/> gelatina | <input type="checkbox"/> huevos | <input type="checkbox"/> tocino |
| <input type="checkbox"/> salchicha | <input type="checkbox"/> jamón | <input type="checkbox"/> pan tostado |
| <input type="checkbox"/> patatas/papas caseras | <input type="checkbox"/> Salsa de tomate dulce | <input type="checkbox"/> panqueques |
| <input type="checkbox"/> gofres | <input type="checkbox"/> tostada francesa | |

27. Enumere tipos específicos de alimentos para los cuales fueron marcados anteriormente (por ejemplo, avena, cheerios, jugo de manzana, leche de fresa).

28. Enumere las marcas específicas si el cliente comerá un tipo específico.

29. Enumere cualquier artículo que prefiera el cliente que no esté en la lista anterior.

30. Almuerzo

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> pasta con mantequilla | <input type="checkbox"/> pasta con queso | <input type="checkbox"/> pasta con salsa de tomates |
| <input type="checkbox"/> nachos | <input type="checkbox"/> chile | <input type="checkbox"/> pizza |
| <input type="checkbox"/> perros caliente | <input type="checkbox"/> hamburguesas | <input type="checkbox"/> nuggets de pollo |
| <input type="checkbox"/> atún | <input type="checkbox"/> bolonia | <input type="checkbox"/> sopas, guiso |
| <input type="checkbox"/> sándwich, charcutería | <input type="checkbox"/> sandwich, queso | <input type="checkbox"/> mantequilla de maní y mermelada |
| <input type="checkbox"/> mantequilla de maní y crema de malvavisco | <input type="checkbox"/> mantequilla de maní | <input type="checkbox"/> papas fritas |
| <input type="checkbox"/> ensalada de papas | <input type="checkbox"/> ensalada de col | <input type="checkbox"/> pretzels |
| <input type="checkbox"/> papas fritas | <input type="checkbox"/> galletas dulces | <input type="checkbox"/> galletas saladas |
| <input type="checkbox"/> manzanas | <input type="checkbox"/> guineos maduros/bananos | <input type="checkbox"/> naranjas |
| <input type="checkbox"/> melocotones | <input type="checkbox"/> rollup de frutas | <input type="checkbox"/> piña |
| <input type="checkbox"/> cóctel de frutas | <input type="checkbox"/> pure de manzana | <input type="checkbox"/> yogur |
| <input type="checkbox"/> requesón | <input type="checkbox"/> pudín | <input type="checkbox"/> gelatina |
| <input type="checkbox"/> zanahorias | <input type="checkbox"/> apio | <input type="checkbox"/> lechuga |
| <input type="checkbox"/> pepino | <input type="checkbox"/> chicharos | <input type="checkbox"/> tomates |
| <input type="checkbox"/> maíz | <input type="checkbox"/> pepinillos | <input type="checkbox"/> leche |
| <input type="checkbox"/> jugo | <input type="checkbox"/> soda | <input type="checkbox"/> agua |

31. Enumere tipos específicos de alimentos para los artículos marcados anteriormente (por ejemplo, sándwich de jamón, galletas saladas, sopa de pollo).

32. Enumere las marcas específicas si el cliente comerá un tipo específico.

33. Enumere cualquier artículo que prefiera el cliente que no esté en la lista anterior.

34. Cena

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> filete | <input type="checkbox"/> carne asada | <input type="checkbox"/> do asado |
| <input type="checkbox"/> cordero | <input type="checkbox"/> perro caliente | <input type="checkbox"/> hamburguesa |
| <input type="checkbox"/> carne molida | <input type="checkbox"/> nuggets de pollo | <input type="checkbox"/> pollo |
| <input type="checkbox"/> pescado | <input type="checkbox"/> nachos | <input type="checkbox"/> sopa, guisos |
| <input type="checkbox"/> pasta con mantequilla | <input type="checkbox"/> pasta con queso | <input type="checkbox"/> pasta con salsa de tomates |
| <input type="checkbox"/> lasaña | <input type="checkbox"/> arroz | <input type="checkbox"/> cuscús |
| <input type="checkbox"/> frijoles | <input type="checkbox"/> papas fritas | <input type="checkbox"/> pure de papas |
| <input type="checkbox"/> patatas/papas asadas | <input type="checkbox"/> tater tots | <input type="checkbox"/> queso |
| <input type="checkbox"/> requesón | <input type="checkbox"/> zanahorias | <input type="checkbox"/> apio |
| <input type="checkbox"/> lechuga | <input type="checkbox"/> tomates | <input type="checkbox"/> judías verdes |
| <input type="checkbox"/> pimientos dulce | <input type="checkbox"/> champiñones | <input type="checkbox"/> espinacas |
| <input type="checkbox"/> chicharos | <input type="checkbox"/> calabaza de verano | <input type="checkbox"/> calabaza de invierno |
| <input type="checkbox"/> pure de manzana | <input type="checkbox"/> cóctel de frutas | <input type="checkbox"/> melocotones |
| <input type="checkbox"/> guineo maduro/banano | <input type="checkbox"/> jugo | <input type="checkbox"/> leche |
| <input type="checkbox"/> soda | <input type="checkbox"/> agua | <input type="checkbox"/> pastel |
| <input type="checkbox"/> tarta | <input type="checkbox"/> pudin | <input type="checkbox"/> gelatina |
| <input type="checkbox"/> yogur | <input type="checkbox"/> galletas dulce | <input type="checkbox"/> helado |

35. Enumere tipos específicos de alimentos para los cuales fueron marcados anteriormente (por ejemplo, arroz integral, pez espada, pizza de pepperoni, Coca-Cola).

36. Enumere las marcas específicas si el cliente comerá un tipo específico.

37. Enumere cualquier artículo que prefiera el cliente que no esté en la lista anterior.

38. Meriendas

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> chips de maíz | <input type="checkbox"/> hojuelas de papa/papitas | <input type="checkbox"/> pretzels |
| <input type="checkbox"/> galletas saladas | <input type="checkbox"/> nueces | <input type="checkbox"/> palomitas |
| <input type="checkbox"/> rutas frescas | <input type="checkbox"/> rollups de frutas | <input type="checkbox"/> vegetales frescos |
| <input type="checkbox"/> chocolate | <input type="checkbox"/> yogur | <input type="checkbox"/> queso |
| <input type="checkbox"/> helados | <input type="checkbox"/> golosinas ácidas | <input type="checkbox"/> golosinas dulces |
| <input type="checkbox"/> leche | <input type="checkbox"/> jugo | <input type="checkbox"/> soda |

39. Enumere tipos específicos de alimentos para los artículos marcados anteriormente (por ejemplo, chips de tortilla, peces de colores, fudgesicle (paletas de helado de chocolate), etc.).

40. Enumere las marcas específicas si el cliente comerá un tipo específico.

41. Enumere cualquier artículo que prefiera el cliente que no esté en la lista anterior.

42. Condimentos

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> salsa de tomate dulce | <input type="checkbox"/> mostaza | <input type="checkbox"/> salsa de soja |
| <input type="checkbox"/> barbecue sauce | <input type="checkbox"/> salsa | <input type="checkbox"/> Worcestershire |
| <input type="checkbox"/> relish | <input type="checkbox"/> jugo de limón | <input type="checkbox"/> jugo de lima |
| <input type="checkbox"/> vinagre | <input type="checkbox"/> aderezo para ensaladas | <input type="checkbox"/> mayonesa |
| <input type="checkbox"/> aceitunas | <input type="checkbox"/> pepinillos | <input type="checkbox"/> perejil |
| <input type="checkbox"/> orégano | <input type="checkbox"/> pimienta | <input type="checkbox"/> albahaca |
| <input type="checkbox"/> curry | <input type="checkbox"/> jengibre | <input type="checkbox"/> canela |
| <input type="checkbox"/> cebolla | <input type="checkbox"/> ajo | <input type="checkbox"/> pimienta |
| <input type="checkbox"/> pimientos calientes/picantes | <input type="checkbox"/> rábano picante | <input type="checkbox"/> sal |
| <input type="checkbox"/> mostaza amarilla | | |

43. Otros:
