

Dirección de Atención a la Primera Infancia
Expediente de Nutrición

· DATOS GENERALES

CAI N°: _____ Fecha de Elaboración: _____

Nombre del Niño: _____

Sala: _____ Fecha de Ingreso: _____

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS

Mamá: _____

Papá: _____

Domicilio: _____

Colônia: _____ Telefono: _____

ESTADO CIVIL

Casados ()

Divorciados ()

Separados ()

Mamá Soltera ()

Papá Soltero ()

Otro ()

DATOS GENERALES DE MAMÁ

Trabaja En: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ext.: _____

DATOS GENERALES DE PAPÁ

Trabaja En: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ext.: _____

HISTORIA CLÍNICA

Centro de Atención y Desarrollo Infantil No.: _____

Fecha de Elaboración: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Años: _____ Meses: _____

• ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes () Hipertensión () Cáncer () Endócrinos ()

Obesidad () P. Corazón () P. Renales ()

Parentesco: _____

Otros: _____

• CONDICIONES AL NACER

Peso: _____ Kg.: _____ Gr.: _____ Talla: _____ Cm.: _____

Edad Gestacional: _____ Semanas

• ENCUESTA NUTRICIONAL

1.- Lactancia Materna: SI () NO ()

2.- Duración de la Lactancia Materna:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

3.- Introducción de Fórmula Láctea: SI () NO ()

Edad: _____ Tipo:

- () Seguimiento o Transición
- () Deslactosada o Soya
- () Modificada en proteínas
- () Entera en Polvo
- () Entera Fresca

4.- No. de Tomas/Día: _____

No. de Onzas/Día: _____

5.- Agrega o Agregó a la Fórmula Láctea:

() Nada () Miel o Azúcar () Chocolate () Cereal o Huevo

6.- A Qué Hora Proporciona la Fórmula Láctea al Becario Antes de su Ingreso al CAI:

7.- Inicio de la Ablactación:

-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+
----	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

8.- Orden en que Inició los Sigüientes Grupos de Alimentos:

Frutas ()

Verduras ()

Cereales ()

Leguminosas ()

Carnes ()

Otros: _____

9.- Adición de Condimentos:

SI ()

NO ()

Cuales: _____

10.- Número de Comidas Principales al Día: _____

11.- Número de Colaciones al Día: _____

12.- Ejemplos de Colaciones:

Cuales: _____

13. La Consistencia de los Alimentos que Ingiere el Becario en Casa es:

Líquidos ()

Picado Extra Fino ()

Purés ()

Picado Fino ()

• **HÁBITOS ALIMENTICIOS**

Frecuencia de Alimentos

Grupo de Alimentos	Nunca	1 Vez por Semana	2-4 Veces por Semana	Más de 4 Veces por Semana
CEREALES (Pan, Tortilla, Pastas, Galletas, Etc.)				
FRUTAS				
VERDURAS				
LACTEOS (Leche, Yogurt, Queso, Etc.)				
LEGUMINOSAS (Frijol, Haba, Lenteja)				
CARNE ROJA (Res, Cerdo, Otras)				
CARNES BLANCAS (Pollo, Pescado, Otra)				

www.uia.mx/campus/publicaciones/clinica:nutric/pdf/Documentonormativo.pdf

• **ENCUESTA DIETETICA FAMILIAR**

1.- ¿Quién Prepara los Alimentos en Casa?

2.- ¿Cuáles son las Técnicas más Frecuentes para la Preparación de sus Alimentos?

Vapor _____ Asado _____ Frito _____ Plancha _____ Hervido _____

3.- ¿Con que Frecuencia Comen Fuera de Casa?

4.- ¿Qué tan Seguido Comen en Familia?

5.- ¿Realiza Alguna Actividad Física el Niño? SI () NO ()

Cual: _____

Tiempo: _____

Frecuencia: _____

6.- ¿Cuáles son los Alimentos Consumidos con Mayor Frecuencia en el Fin de Semana?

7.- ¿El Niño ha Estado Bajo Tratamiento o Dieta para Aumentar o Perder Peso?

SI () NO ()

Tipo: _____

8.- ¿Cuál es la Impresión de la Madre Acerca del Apetito del Niño?

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

9.- Alergias o Intolerancias

SI ()

NO ()

¿Cuáles? _____

10.- Suplementos de Vitaminas y Minerales

SI ()

NO ()

• **EXÁMEN FÍSICO**

1.- Pelo: SI () NO ()

(Brillante, Firme y sin Caídas Frecuentes)

2.- Ojos: SI () NO ()

(Brillantes y sin Supuración, Membranas Sanas y Húmedas, sin Vasos Sanguíneos Prominentes)

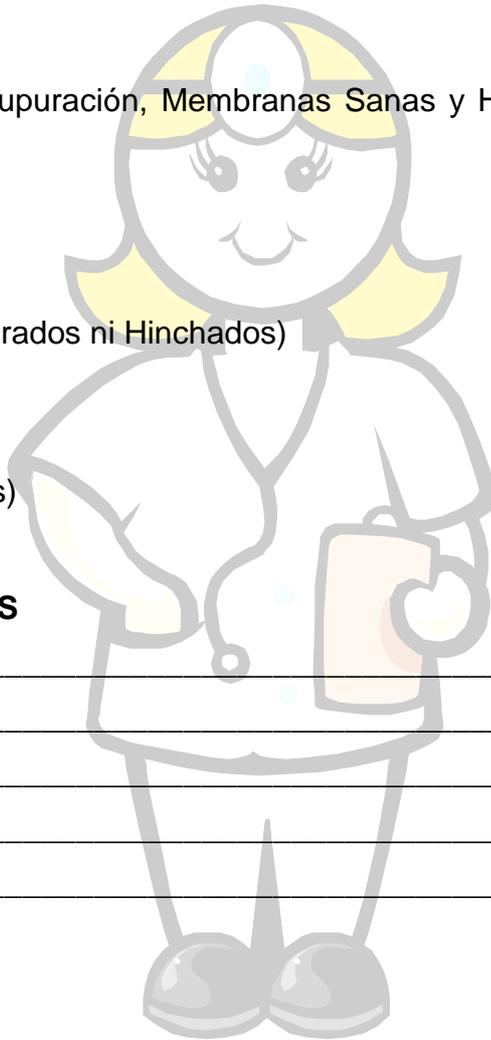
3.- Labios: SI () NO ()

(Suaves, No Quebrados ni Hinchados)

4.- Uñas: SI () NO ()

(Firmes y Rosadas)

OBSERVACIONES



• **EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

ANTROPOMETRÍA LACTANTES/MATERNALES

1.- Peso: _____

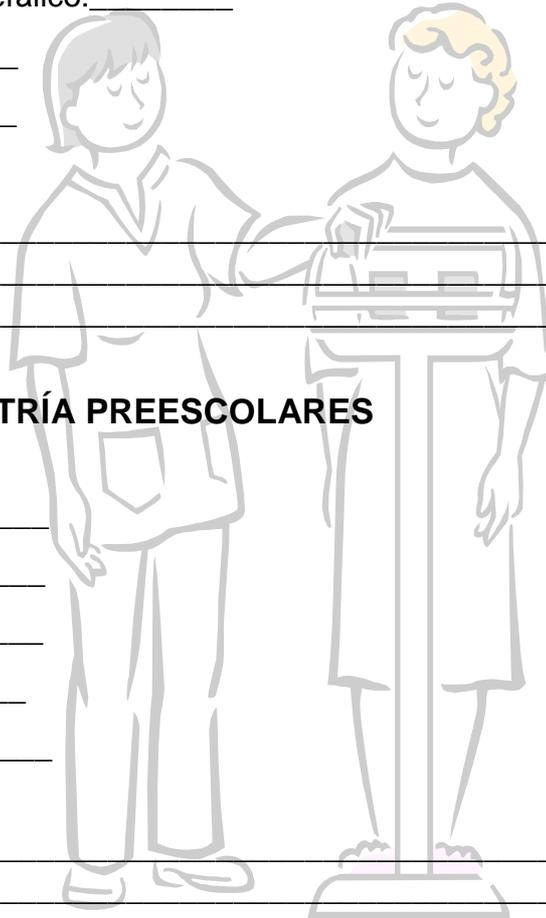
2.- Longitud: _____

3.- Perímetro Cefálico: _____

4.- P/E: _____

5.- T/E: _____

6.- Diagnóstico:



ANTROPOMETRÍA PREESCOLARES

1.- Peso: _____

2.- Talla: _____

3.- P/T: _____

4.- T/E: _____

5.- IMC: _____

6.- Diagnóstico:

• **EXAMENES DE LABORATORIO (DATOS IMPORTANTES)**

L.N. Elizabeth Bustos Cortés

Indicaciones Dietéticas

SISTEMA DIF JALISCO

**Dirección de Centros de Atención Infantil
Av. Prolongación Alcalde No. 1220, Col. Miraflores
Tel: 30-30-38-38**

**Nutrióloga
DGP 4809962**

Nombre _____

Universidad de Guadalajara Peso _____ Talla _____ Fecha _____ Hora _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Registro Dietético

Conductas del Becario	Fechas de Observación									
	Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	
De 6-10 Meses:	Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	
Acepta Bien los Alimentos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Manifiesta Querer más Cantidad de Papilla	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Consuma la Cantidad de Alimento Adecuada para su Edad *Formula Láctea *Papilla	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Acepta la Taza Entrenadora a Partir de los 10 Meses	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
De 10 Meses en Adelante:	Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	
Acepta los Alimentos de Acuerdo a la Presentación Indicada para su Edad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Los Alimentos de Mayor Agrado son: *Leche *Verduras *Frutas *Carne *Pan, Tortillas, Sopas *Leguminosas *Postre	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Requiere Estimulación en Proceso de Masticación y Deglución de Alimentos Sólidos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

De los Sigüientes Alimentos, Cuales Repite con más Frecuencia:										
*Sopa	Sí	No								
*Guisado	Sí	No								
*Verduras	Sí	No								
*Frijoles	Sí	No								
*Frutas	Sí	No								
*Pan O Tortilla	Sí	No								
*Leche	Sí	No								
*Postre	Sí	No								
Muestra Interés para Alimentarse por Sí Mismo	Sí	No								
Maneja Bien Según su Edad: *Cuchara *Taza Entrenadora *Vaso	Sí	No								
Para Todos los Becarios (6M-6A)										
Requiere de Mayor Insistencia para Comer	Sí	No								
Presenta Dificultad para Integrarse al Régimen Alimentario	Sí	No								
La Técnica de Administración de Alimentos es Adecuada	Sí	No								
Tiene Indicaciones o Tratamiento Médico	Sí	No								
Es Necesario Continuar con Seguimiento Nutricional	Sí	No								

OBSERVACIONES:

Dirección de Centros de Atención Infantil Coordinación de Nutrición

Instrucciones para el Llenado Correcto

1. El expediente de Nutrición

Deberá ser llenado por un profesional del área de Nutrición.

- 1.1 Todos los becarios de cada uno de los Centros de Atención Infantil deberán contar con su expediente de Nutrición, dando prioridad a los becarios que el área médica detecte con alteraciones de peso y talla.

1.2 Datos Generales

- 1.1.1 CADI No.: Anotar sólo el número correspondiente al Centro de Atención Infantil.
- 1.1.2 Fecha de Elaboración: Anotar la fecha del día en que se elabora el expediente de Nutrición.
- 1.1.3 Nombre del Niño: Anotar el nombre completo con apellidos del becario.
- 1.1.4 Sala: Anotar la sala en la que está actualmente el becario.
- 1.1.5 Fecha de Ingreso: Anotar la fecha en que ingresó el becario al CAI.

1.2 Nombre de los Beneficiarios

- 1.3.1 Mamá: Anotar el nombre completo de la madre del becario.
- 1.3.2 Papá: Anotar el nombre completo del padre del becario.
- 1.3.3 Domicilio: Anotar el nombre de la calle, el número exterior e interior.
- 1.3.4 Colonia: Anotar La colonia o fraccionamiento donde vive el becario.
- 1.3.5 Teléfono: Anotar el teléfono donde localizar a los padres de familia.

1.4 Estado Civil

- 1.4.1 Escoger y marcar una de las opciones según el estado civil en que se encuentren ambos padres.

1.5 Datos Generales de Mamá

- 1.5.1 Trabaja en: Anotar el nombre de la empresa ó institución donde trabaja la madre del becario.
- 1.5.2 Domicilio: Anotar el nombre de la calle, número y colonia donde trabaja.
- 1.5.3 Teléfono del Trabajo / Ext.: Anotar el teléfono y si hay la extensión del trabajo de la madre.

1.6 Datos Generales de Papá

- 1.6.1 Trabaja en: Anotar el nombre de la empresa ó institución donde trabaja la madre del becario.
- 1.6.2 Domicilio: Anotar el nombre de la calle, número y colonia donde trabaja.
- 1.6.3 Teléfono del Trabajo / Ext.: Anotar el teléfono y si hay la extensión del trabajo de la madre.

Historia Clínica

CADI No.: Anotar el número de Centro en que está el becario.

Fecha de Elaboración: Anotar la fecha (dd, mm, aaaa) de elaboración del expediente.

1.7 Datos del Becario

- 1.7.1 Nombre del Niño: Anotar el nombre completo y apellidos del becario.
- 1.7.2 Fecha de Nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento (dd,mm,aaaa) del becario.
- 1.7.3 Edad: Anotar la edad del becario en años y meses.

1.8 Antecedentes Heredo-Familiares

- 1.8.1 Escoger y marcar la(s) opción(es) de los padecimientos que afecten a algún miembro cercano de la familia.
- 1.8.2 Parentesco: Señalar el parentesco que tiene el becario con las personas que padecen dichas enfermedades.
- 1.8.3 Otros: Mencionar algún otro padecimiento que no esté dentro de las opciones y padezca algún miembro de la familia.

1.9 Condiciones al Nacer

- 1.9.1 Peso: Anotar el peso en Kg que tuvo el becario al momento de nacer.
- 1.9.2 Talla: Anotar la talla en Cm que tuvo el becario al momento de nacer.
- 1.9.3 Edad Gestacional: Anotar el número de semanas de gestación cumplidas que tenía la madre cuando nació el becario.

2. Encuesta Nutricional

- 2.1 Lactancia Materna Si/No: Marcar si se alimentó al becario con leche materna.

- 2.2 Duración de la Lactancia Materna: Marcar la cantidad de meses que se alimentó con leche materna al becario.
- 2.3 Introducción de Fórmula Láctea Si/No: Marcar Si se alimentó con leche de fórmula al becario.
- 2.4 Edad: Señalar la edad a la que se le introdujo la fórmula láctea al becario.
- 2.5 Tipo: Marcar el tipo de fórmula que se le dio o está dando según las opciones.
- 2.6 No. de Tomas / Día: Anotar el número de tomas de fórmula al día.
- 2.7 No. de Onzas / Día: Anotar la cantidad de Onzas por día.
- 2.8 Agrega o Agregó a la Fórmula Láctea: Marcar según las opciones señaladas, el alimento que agrega a la fórmula láctea del becario.
- 2.9 A qué Hora Proporciona la Fórmula Láctea al Becario Antes de su Ingreso al CAI: Señalar la hora en que se proporciona fórmula láctea al becario antes de llegar al Centro.
- 2.10 Inicio de la Ablactación: Marcar la edad a la que se inició a brindar alimentos distintos a la leche al becario.
- 2.11 Orden en que Inició los Sigüientes Grupos de Alimentos: Frutas, Verduras, Cereales, Leguminosas, Carnes. Marcar por orden cronológico el grupo de alimentos que se fue introduciendo a la dieta del becario.
- 2.12 Otros: Anotar algún alimento distinto que se introdujo que no esté dentro de las opciones.
- 2.13 Adición de Condimentos / Cuales: Marcar si adiciona condimentos a los alimentos del becario. En caso de que si adicione, mencionar cuáles.
- 2.14 Número de Comidas Principales al Día: Anotar el número de comidas principales sin contar colaciones que el becario recibe al día.
- 2.15 Número de Colaciones al Día: Anotar el número de colaciones que el becario ingiere al día.
- 2.16 Ejemplos de Colaciones / Cuales: Nombrar los alimentos que ingiere el becario como colaciones.
- 2.17 Consistencia de los Alimentos que Ingiere el Becario en Casa: Marcar según las opciones la consistencia de los alimentos que ingiere el becario en su casa.

3. Hábitos Alimenticios

- 3.1 Frecuencia de Alimentos: Marcar la frecuencia según las opciones con que el becario consume cada uno de los grupos de alimentos que se mencionan allí.
- 3.2 Encuesta Dietética Familiar: Anotar los datos que se piden en la encuesta en base a la dieta del becario y su familia.
- 3.3 Examen Físico: En base a la apariencia física del becario se marcará Sí o No a cada uno de los siguientes puntos: Pelo, Ojos, Labios, Uñas.
- 3.4 Observaciones: Anotar alguna otra observación que se encuentre en cuanto a la apariencia física del becario.

4. Evaluación Antropométrica

- 4.1 Antropometría Lactantes / maternas:
- 4.2 Peso: Anotar el peso en Kg que presenta el becario el día de la medición.
- 4.3 Longitud: Anotar la longitud en Cm que presenta el becario el día de la medición.
- 4.4 Perímetro Cefálico: Anotar en Cm la circunferencia de la cabeza del becario.
- 4.5 P / E Peso para la Edad: Anotar según las gráficas de la OMS el estado nutricional en que se encuentra el becario en base a su peso y edad.
- 4.6 T / E Talla para la Edad: Anotar según las gráficas de la OMS el estado nutricional en que se encuentra el becario en base a su estatura y edad.
- 4.7 Diagnóstico: Anotar el diagnóstico completo sobre el estado nutricional que presenta el becario en base a la evaluación nutricional completa del becario.

5. Antropometría Preescolares

- 5.1 Peso: Anotar el peso en Kg que presenta el becario el día de la medición.
- 5.2 Talla: Anotar la estatura en Cm que presenta el becario el día de la medición.
- 5.3 P / T Pesos para la Talla: Anotar según las gráficas de la OMS el estado nutricional en que se encuentra el becario en base a su peso y estatura.
- 5.4 T / E Talla para la Edad: Anotar según las gráficas de la OMS el estado nutricional en que se encuentra el becario en base a su estatura y edad.
- 5.5 Imc. Índice de Masa Corporal: Anotar el Índice de Masa Corporal que presenta el becario en base a su peso y talla.
- 5.6 Diagnóstico: Anotar el diagnóstico completo sobre el estado nutricional que presenta el becario en base a la evaluación nutricional completa del becario.
- 5.7 Exámenes de Laboratorio: Anotar los datos importantes que se indiquen en los exámenes clínicos de laboratorio que pide el área médica. (Química sanguínea, Biometría Hemática, Perfil tiroideo, etc.)

6. Vigilancia del Estado Nutricional

- 6.1 Registro de Mediciones: Anotar en cada apartado los datos de las mediciones del becario.
- 6.2 Fecha: Anotar la fecha (dd, mm, aa) en que se realizan las mediciones antropométricas.
- 6.3 Edad: Anotar la edad en años y meses cumplidos del becario.
- 6.4 Estatura: Anotar la estatura en Cm del becario.
- 6.5 Evaluación: Marcar el estado nutricional en que se encuentra el becario según los datos antropométricos.
- 6.6 Observaciones: Anotar alguna observación extra del becario.

7. Notas de Evolución

Anotar el número de Centro de Atención Infantil, enseguida el Nombre completo del becario, después la Fecha, Hora del día y la nota explicando en lenguaje técnico el diagnóstico y tratamiento a seguir con duración y periodicidad. Al calce se pone la firma y No. De cédula ó en su caso solo la firma del pasante.

8. Indicaciones Dietéticas

Anotar los datos solicitados: Nombre del becario completo, fecha, hora, peso y talla, enseguida señalar las indicaciones de alimentación que seguirá el becario y los padres de familia en casa. Éste formato se entregará a padres de familia.

9. Seguimiento Nutricional

- 9.1** Registro Dietético: Registrar las conductas alimenticias del becario durante su estancia en el comedor durante los tiempos de desayuno y comida.
- 9.2** Conductas del Becario: Leer las conductas que se mencionan del lado izquierdo del formato de acuerdo a la edad del becario y observar si coincide con la conducta alimentaria que presenta el becario, enseguida del lado derecho en las opciones SI o NO, marcar una de ellas según corresponda.
- 9.3** Fechas de Observación: (Día/Mes/Año): Anotar las fechas con los datos requeridos de cada uno de los días de observación a los becarios en comedor.

10. Observaciones

Anotar las observaciones generales ó algún dato relevante que se haya presentado durante la observación en comedor a los becarios.