

# Paquete de Paciente Nuevo de la Nutrición General

## Consejos para su Primera Cita

**Al programar su primera cita, esté listo para responder algunas preguntas acerca de la salud de su hijo(a).** Por ejemplo: ¿Cuáles son sus preocupaciones acerca de la nutrición? ¿Su hijo(a) esta con sobrepeso o bajo de peso? ¿Tienen resultados de laboratorio anormales? ¿Tiene dificultad con la alimentación, es quisquilloso/selectivo?

**Traiga su identificación con foto.** Los padres o tutores legales deben estar con el niño(a) en todo momento, o deben proporcionar un formulario de consentimiento por escrito si alguien más, de 18 años y mayor, trae al niño(a) a la cita.

**Los documentos importantes que vamos a necesitar son:** Tarjeta de seguro, referidos y copago. Seguro privado, Medicaid y casi todos los planes de seguro son aceptados, pero verifique la cobertura para servicios de nutrición con su proveedor de seguros.

**Traiga el historial médico de su hijo(a).** Comparta las notas del médico primario de su hijo(a), tabla de crecimiento, registros de alimentos/comida y otros documentos que tienen información importante acerca de la condición, medicamentos, y tratamientos de su hijo(a),.

**Averigüe si su hijo(a) necesita pruebas de laboratorio.** Su médico de atención primaria puede requerir que se tomen pruebas de sangre antes de su primera cita. Por favor traiga una copia de los resultados de las pruebas de laboratorio a la primera cita de nutrición de su hijo(a).

**Programe las visitas de seguimiento antes de salir de la clínica.** Esto asegurará que su hijo(a) reciba la atención médica en un tiempo oportuno.

**A Continuación Complete el Cuestionario de Nutrición y el Registro de Alimentos/Comidas de 3 Días y Tráigalo a su Primera Cita**

# Cuestionario de Nutrición

Por favor complete este cuestionario hasta donde sea posible para ayudarnos a servirle mejor.

<b>Nombre del niño(a)</b>	
<b>Relación del tutor al niño</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Razón de la visita</b>	<input type="checkbox"/> Manejo de Peso <input type="checkbox"/> Poco Aumento de Peso/Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Resultados Anormales del Laboratorios <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Favor de indicar cualquier problema relacionado con la nutrición del cual a usted le gustaría hablar durante su visita:</b>	
<b>Favor de indicar cualquier historial médico:</b>	
<b>Favor de indicar cualquier historial médico familiar:</b>	
<b>¿Está el niño(a) actualmente tomando algún medicamento, vitamina, mineral, suplemento, bebidas de suplemento/bebidas de reemplazo alimenticio o fórmula? <i>Por favor indique:</i></b>	
<b>Recursos Alimenticios/Comidas</b>	
En los últimos 12 meses, nos hemos preocupado que nuestra comida se acabara antes de que consiguiéramos dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/> A menudo es verdad <input type="checkbox"/> A veces es verdad <input type="checkbox"/> Nunca es verdad
En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duró y no tuvimos dinero para conseguir más.	<input type="checkbox"/> A menudo es verdad <input type="checkbox"/> A veces es verdad <input type="checkbox"/> Nunca es verdad

# Instrucciones para el Registro de Comidas/Alimentos de 3 Días

1. **Por favor anote todas las comidas/alimentos que su hijo(a) ha comido en los últimos 3 días.** Incluyendo cualquier comida, refrigerio, bebida o suplementos de vitaminas/herbales.
2. **Trate de utilizar medidas estándar para calcular la cantidad de comidas/alimentos comidos.** Por ejemplo, utilice una cucharadita o cucharada en lugar de mordidas y onzas o tazas en lugar de "una copa".
3. **No olvide de incluir cualquier cosa adicional que le agrega a las comidas/alimentos** como la margarina, mantequilla, mayonesa, salsa, salsa de tomate, azúcar, jarabe o crema.
4. Si su hijo(a) asiste a la escuela, campamento de verano o a la guardería, por favor, reúna la información acerca de lo que come durante el día.
5. Consulte con el EJEMPLO de registro de comida/alimentos a continuación para asesorarse.

## EJEMPLO

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora del Día	Comidas y Bebidas Ofrecidas <i>* Favor de incluir los nombres de marcas y tipos de alimentos y los ingredientes añadidos a las recetas</i>	Cantidad/Porción Consumida (i.e. 1 Taza, 4 oz)	Método de Medición (taza medidora, cuchara, bascula)	RD Use Only
8:30 AM	Cheerios	1 Taza	Taza medidora	
	Leche de 2 %	6 oz	Taza medidora	
	½ de banana grande	½ de banano	Cortada por la mitad	
	6 oz de jugo de naranja	6 oz	Taza medidora	
1:00 PM	pan integral para un medio sándwich de pavo/queso	1 rodaja	Etiqueta alimentaria	
	1 Rodaja de Charcutería de Pavo	1 oz	Etiqueta alimentaria	
	1 Rodaja de Queso Americano	1 oz	Etiqueta alimentaria	
	Mayonesa	1 Cucharadita	Taza medidora	
	Patatas fritas	15 Patatas	Contados	
3:00 AM	Galletas Ritz	6	Contados	
	Palitos de Queso Mozzarella	½ onza	Etiqueta alimentaria	
6:00 PM	Pasta de Macarrones	1 Taza	Taza medidora	
	Salsa en latada de tomate, Ragú	½ Taza	Taza medidora	
	Albóndigas de Res	2 – 1 onzas cada uno	Etiqueta alimentaria	
	Brócoli	½ Taza	Taza medidora	
	2 % Leche	8 oz	Taza medidora	
	Pudin de Chocolate hecho con leche de 2%	1 Taza	Taza medidora	







# CONTEO REGRESIVO HACIA LA BUENA NUTRICIÓN

5

**Coma 5 porciones de vegetales sin almidón y frutas**

Llene la ½ de su plato con vegetales y frutas  
Limite los vegetales con almidón tales como los frijoles (no judías verdes), papas, guisantes y maíz como un alimento de grano



4

**Beba 4 vasos grandes/botellas de agua cada día**

Beba solamente agua, leche blanca, baja en grasa o sin grasa y bebidas con 10 calorías/porción o menos



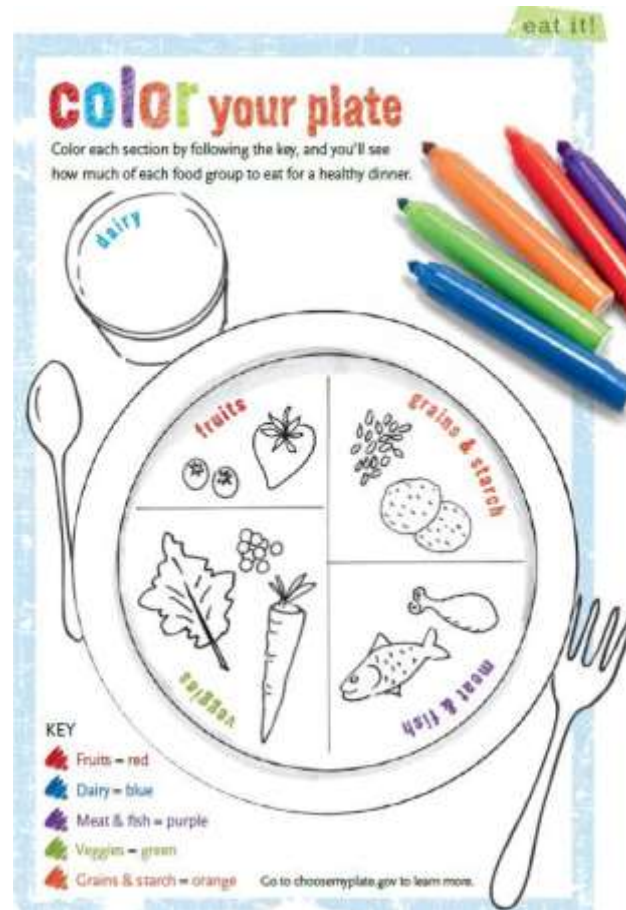
3

**Coma 3 comidas balanceadas al día (y refrigerios saludables entre estas)**

Coma un desayuno saludable  
Evite los refrigerios altos en grasa y azúcar  
Coma comidas y refrigerios en una mesa con la televisión apagada

Limite comer afuera

Tenga comidas familiares varias veces a la semana. ¡Coma despacio! Toma al menos 20 minutos para sentirse lleno



2

**Limite el tiempo frente de la pantalla (televisor, computadora, videojuegos) a 2 horas al día**

Saque la televisión del dormitorio del niño(a)



1

**Los niños y adolescentes deben hacer 1 hora o más de actividad física sudorosa cada día**

Empiece hacienda una actividad divertida por lo menos por 20 minutos, 5 días por semana. ¡Siempre es mejor hacer una actividad con un amigo! Haga actividades junto con su familia.

Aumente la actividad física: caminar energéticamente afuera, montar una bicicleta, nadar, rastillar o palar la nieve, sea parte de un equipo deportivo, haga ejercicios con un video de ejercicios o juego o ¡prenda una música y baile!



0

**Nada de bebidas endulzadas (soda, limonada, te helado endulzado, bebidas deportivas, jugos)**  
Tienen demasiadas calorías y puede provocar el aumento de peso