Emerge
Pediatric Therapy

FORMULARIO DE LA HISTORIA DE 3 DÍAS DE DIETA

Este formulario fue adaptado del SOS Feeding Solutions creado por Star Center: Sensory Therapies and Research en Greenwood Village, Colorado.

Instrucciones:
Anote **TODAS las comidas y bebidas** comido/bebido por su niño/a durante 3 días seguidos. Las siguientes direcciones le guiarán a cómo llenar el formulario. Necesita completar esta historia y mandar la información al centro de alimentación con el resto de sus formularios, o necesita traerlo a su cita.

1. Por favor llene TODA la información en la parte superior de la primera página.

2. Por favor anote la FECHA y el DÍA de la semana para cada día. Anote TODAS las comidas y bebidas consumidos con la HORA que su niño los comió o bebió. Es mejor llevar el formulario con usted y anotar artículos inmediatamente para que no haya nada perdido.

3. Incluya una descripción EXACTA del artículo y su mejor estimado del tamaño de la porción consumida. Escriba la marca de fórmula de bebé que está tomando su niño/a (por ejemplo, Enfamil, Prosobee, etc.), qué tipos de jugo bebió (por ejemplo, manzana, uva, etc.) y cualquiera receta especial para mezclas de bebidas que su niño/a bebe (por ejemplo, 24 caloría Isomil + 1 cucharadita Polycose), y cualesquiera adición a comidas (por ejemplo, ¼ taza puré de papas + 1 cucharada de margarina). Incluya aderezos, salsas, salsas espesas, o cualquier cosa adicional.

4. Puede que desee usar cucharas y tazas de medir cuando está sirviendo a su niño/a para estos 3 días para reportar la cantidad consumida mejor.

Ejemplo:

Fecha	Hora	Comida/Bebida	Cantidad	Biberón	Vaso	Por boca	Tubo
1/1/02	4 pm	Gerber puree de manzana #2	1 onza			✔	
		Pan Blanco (Wonder)	¼ rebanada			✔	
		Fiambre de jamón (Hormel)	½ onza			✔	
		Mayonesa	1 cucharadita			✔	
		Jugo de uvas blancas	1 onza		✔	✔	
	6:30pm	Veggie Straws (Pajitas de vegetal) (Whole Foods 365)	5			✔	
		Peras en cubitos (Del Monte)	1 contenedor			✔	
	7 pm	Similac Advance Formula (Fórmula Avanzada)	4 onzas	✔		✔	
	9 pm	Pediasure con fibra	8 onzas				✔

Emerge
Pediatric Therapy

PARA USA DE LA OFICINA SOLO

Ht: _____ Wt: _____ Date: _____

Estimated Needs: _____ Calories

_____ Protein

_____ Fluid

_____ Eval _____ Individual _____ Group

Nombre del padre/cuidador: _____ Número de telefono: _____

Nombre del niño/la niña: _____Fecha de nacimiento: _____
Vitamina o suplemento mineral: _____ NO ____ SÍ Nombre y Cantidad: _____

Mezcla de Formulario: Número de cucharadas: _____
Cantidad de agua: _____
_____ Pongo agua en la botella primero y luego el polvo de fórmula.
_____ Pongo el polvo de fórmula primero y luego el agua.
_____ La fórmula es líquida en una lata y no añado nada.

Fecha	Hora	Comida/Bebida	Cantidad	Botella	Vaso	Por Boca	Tubo

Emerge
Pediatric Therapy

Fecha	Hora	Comida/Bebida	Cantidad	Botella	Vaso	Por Boca	Tubo