



Bienvenido a Motivating Mealtimes de East Tennessee Children's Hospital, nuestro programa integral de alimentación. Su niño/a ha sido remitido para una evaluación integral y multidisciplinaria de sus habilidades de alimentación y deglución. El equipo puede estar compuesto por un logopeda, un dietista, un psicólogo y/o un trabajador social, según las necesidades individuales de su niño/a. El objetivo de esta visita es identificar la posible causa de las dificultades de alimentación de su niño/a y desarrollar un plan para mejorar su capacidad para disfrutar de experiencias positivas a la hora de comer.

Nos gustaría que rellenara los siguientes formularios para así ayudarnos a preparar la evaluación de su niño/a:

- Formulario de historial de alimentación y lista de preferencias alimentarias
- Registro de alimentación de 3 días
- Cuestionario Pedi-EAT
- Cuestionario de la división de responsabilidades de Ellyn Satter (o cuestionario sDOR.2-6y)

Es muy importante que rellene los formularios por completo y que los entregue al consultorio antes de la cita programada con su niño/a. Si necesita enviarnos el papeleo por correo, le proporcionamos un sobre ya sellado con la dirección. También puede enviarlo por fax o correo electrónico a nuestra oficina.

El registro de alimentación de 3 días debe realizarse durante 3 días consecutivos. Debe incluir todos los líquidos y sólidos que su niño/a ingiera por vía oral, así como cualquier alimentación por sonda. Será útil incluir tanta información como sea posible para que podamos obtener una medida correcta de la ingesta calórica promedio de su niño/a. Se proporciona un ejemplo en el primer recuadro.

La cita de su niño/a durará hasta 2 horas. Observaremos cómo interactúan usted y su niño/a durante una comida. Queremos que la hora de la comida sea lo más parecido posible a la hora de la comida en casa. Puede que observemos desde un espejo unidireccional o un sistema de videovigilancia para no interrumpirles durante la comida. Nos gustaría que su niño/a llegara con hambre, pero sin sentirse incómodo. Por favor, ofrézcale solo agua hasta 2 horas antes de la cita para que tenga hambre cuando llegue. Si su niño/a recibe alimentación continua por sonda, por favor, suspenda la alimentación durante las 2 horas previas a la cita. Disponemos de un frigorífico, un microondas, una mesa y sillas, y sillas altas para bebés en una zona tipo cocina para su uso. Nos gustaría que trajera lo siguiente:

- 2-3 alimentos de diferentes texturas
- 1 bebida que su niño/a disfrute
- 1-2 alimentos que su niño rehúsa comer
- Cualquier fórmula especial
- Alimentos aptos para alérgicos de la casa.

Agradecemos la oportunidad de trabajar con usted y su niño/a.

2100 W Clinch Avenue  
Knoxville, TN 37916  
p. 865.541.8912  
f. 865.246.7562

34769s (12/25)\_SPA



**Rehabilitation Services**  
Medical Office Building, Suite 130  
2100 W. Clinch Ave., Knoxville, TN 37916  
p. (865)541-8912  
f. (865) 246-7562

## Formulario de historial de alimentación

En sus propias palabras, cuéntenos sus inquietudes con respecto a las habilidades de alimentación de su niño/a.

Indique su historial médico, incluyendo antecedentes de nacimiento, hospitalizaciones, cirugías o procedimientos.

¿Su niño/a tiene alguna alergia o intolerancia alimentaria? En caso afirmativo, indíquelo.

¿Quién vive en su hogar?

¿Su niño/a va a la escuela o guardería? En caso afirmativo, ¿dónde y en qué grado está? \_\_\_\_\_

¿Qué recursos comunitarios tiene a su disposición? ( TEIS,  WIC,  SSI,  CSS,  cupones de alimentos,  otros \_\_\_\_\_)

¿Tiene alguna preocupación en otras áreas? En caso afirmativo, marque las que correspondan

audición  visión  habla/lenguaje  desarrollo motor  comportamiento/social

¿Su niño/a recibe otros servicios de terapia o los ha recibido en el pasado? En caso afirmativo, descríbalos.

¿Su niño/a come solo/a? \_\_\_\_\_ Qué utensilios usa para comer? (Marque todos los que correspondan)

pecho  biberón  vaso para bebés  vaso abierto  popote  dedos  cuchara  tenedor

¿Dónde se alimenta a su niño/a? (¿En una silla alta? ¿En su regazo? ¿En la mesa?)

Describa cómo reacciona su niño/a ante alimentos nuevos o que no le gustan (por ejemplo: náuseas, se levanta de la mesa, etc.).

Describa cualquier comportamiento negativo que tenga su niño/a a la hora de comer (por ejemplo: gritar, tirar la comida, etc.).

Si su niño/a tiene una sonda de alimentación, conteste lo siguiente:

¿Qué tipo de sonda tiene su niño/a? \_\_\_\_\_ Cuándo se le colocó la sonda? \_\_\_\_\_

¿Qué fórmula se utiliza en la sonda de alimentación? \_\_\_\_\_

¿Se utiliza una bomba o alimentación por gravedad? \_\_\_\_\_

Indique a continuación el horario con las horas y la velocidad (alimentación continua o en bolos).







**Motivating Mealtimes**  
 motivatingmealtimes@etch.com  
 p. (865) 541.8912  
 f. (865) 246.7562

Date: \_\_\_\_\_

# Registro de alimentos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

EJEMPLO

Hora/Lugar/Posición	Comida/Fórmula (incluya la receta de la fórmula)	¿Cuánto comió?	Comentarios (velocidad & volumen si comió por sonda)
Dónde: casa	Compota de manzana original marca Great Value	1/2 taza	Mamá se lo dio con una cuchara
Quién: mamá, hermano	Tostada con mantequilla	3 mordiscos	Comió él solo
Posición: silla alta	1 huevo revuelto	Rehusó, nauseado	
Inicio: 7:30 am	4 cucharadas de Similac + 6 onzas de agua	2 onzas	Biberón del Dr. Brown
Final: 7:55 am	4 cucharadas de Similac + 6 onzas de agua	4 onzas	Bolo 240 mL/hora
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			

<b>Hora/Lugar/Posición</b>	<b>Comida/Fórmula</b> (incluya la receta de la fórmula)	<b>¿Cuánto comió?</b>	<b>Comentarios</b> (velocidad & volumen si comió por sonda)
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			

<b>Hora/Lugar/Posición</b>	<b>Comida/Fórmula</b> (incluya la receta de la fórmula)	<b>¿Cuánto comió?</b>	<b>Comentarios</b> (velocidad & volumen si comió por sonda)
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			
Dónde:			
Quién:			
Posición:			
Inicio:			
Final:			



	0	1	2	3	4	5	
Mi niño...	Nunca	Casi nunca	A veces	Seguido	Casi siempre	Siempre	Puntaje
18. se arquea hacia atrás durante o después de la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. le dan arcadas cuando es hora de comer (por ejemplo, cuando ve la comida o cuando es colocado en la silla de comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. le dan arcadas con comidas suaves como el pudín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. le dan arcadas con comidas con relieves como lo es la áspera avena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. le dan arcadas, tos, o vomita cuando se lava los dientes (si su niño no tiene dientes seleccione Nunca, si su niño no le permite a usted lavarle sus dientes, seleccione Siempre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Se le infla la barriga después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. su rostro se torna rojo, puede llorar cuando evacua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. tiene gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. babea al comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. tiene dificultad al comer debido a la nariz tupida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Puntaje de subescala de Síntomas psicológicos:							
Si desea explicar alguna de sus contestaciones, favor de hacerlo aquí:							

#### CONDUCTAS PROBLEMATICAS A LA HORA DE COMER

	0	1	2	3	4	5	
Mi niño...	Nunca	Casi Nunca	A veces	Seguido	Casi Siempre	Siempre	Puntaje
28. Evita comer por estar jugando o hablando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. hay que decirle que comience a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





Para los siguientes ítems, si su niño es menor de 15 meses y no se le ofrece estos alimentos, seleccione Siempre. Si su niño es mayor de 15 meses y no se le ofrece estos alimentos o rehúsa comer estos alimentos, seleccione Nunca.	5	4	3	2	1	0	
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Seguido	Casi Siempre	Siempre	Puntaje
58. come alimentos que necesitan ser masticados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59. come alimentos como avena áspera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60. come comidas congeladas, como helado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61. mastica su comida lo suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62. mientras mastica mueve la comida en su boca sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems a continuación serán calificados de acuerdo a los números en la derecha	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Seguido	Casi Siempre	Siempre	
63. olfatea la comida u objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64. escupe la comida hacia afuera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65. come demasiado rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Puntaje de subescala de alimentación selectiva/restrictiva							
Si desea explicar alguna de sus contestaciones, favor de hacerlo aquí:							

Procesamiento Oral

	0	1	2	3	4	5	
Mi niño...	Nunca	Casi nunca	A veces	Seguido	Casi siempre	Siempre	Puntaje
66. almacena comida en su mejilla o el cielo de su boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
68. se le estanca comida en su mejilla o en el cielo de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70. prefiere alimentos suaves como el yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72. coloca demasiada comida en su boca al mismo tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73. coloca sus dedos en su boca para remover comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74. prefiere sabores fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75. muerde la cuchara o tenedor y no la suelta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76. rechina sus dientes cuando está despierto (si su niño no tiene dientes, favor seleccionar Nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77. mastica juguetes, ropa u otros objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Para los siguientes ítems, si su niño es menor de 15 meses y no se le ofrece estos alimentos, seleccione Nunca. Si su niño es mayor de 15 meses y no se le ofrece estos alimentos o rehúsa comer estos alimentos, seleccione Siempre.	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Seguido	Casi Siempre	Siempre	Puntaje
67. hay que recordarle que mastique su comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69. chupa la comida para ablandarla o mojarla, en vez de masticarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71. mastica la comida, pero no la traga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74. mastica un pedazo de comida por mucho tiempo ( 30 segundos o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Puntaje de subescala de procesamiento oral							
Si desea explicar alguna de sus contestaciones, favor de hacerlo aquí:							



Esta es una encuesta sobre la alimentación de su hijo en edad preescolar, de 2 a 6 años de edad, le pregunta qué hace para alimentar a su niña (o) y cómo piensa y se siente al respecto. Por favor, elija UNA respuesta para cada frase.

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1	Mi familia tiene comidas a aproximadamente las mismas horas cada día.					
2	Yo dejo que mi niña(o) coma cuando ella (él) sientan ganas de comer.					
3	Si yo pienso que mi niña(o) no ha comido lo suficiente, yo trato de hacer que ella (él) coman unos cuantos bocados más.					
4	Cuando estoy en la casa a las horas de comer, yo me siento y como con mi niña(o)					
5	Yo lucho para lograr que mi niña(o) coma.					
6	Yo decido qué alimentos comprar basándome en lo que mi niña(o) come.					
7	Yo permito que mi niña(o) se alimente sola (o).					
8	Yo dejo que mi niña(o) coma hasta que ella (él) pare de comer y no quiera más.					
9	Yo me siento cómodo (a) al preparar comidas para mi familia.					
10	Yo preparo algo especial para mi niña(o) cuando no quiere comer					
11	Yo dejo que mi niña (o) tome bebidas (que no son agua) en cualquier momento que ella (él) las quiere beber.					
12	A nosotros nos quedan alimentos que sobran al final de la comida.					