

Por favor, lea con atención las siguientes preguntas y luego contéstelas:

1. ¿Le dio usted Lactancia Materna a su hijo/a? (Si responde No, pase a la pregunta 4).
 - ☐ Si
 - ☐ No
2. ¿Cuánto tiempo le dio usted Lactancia materna? Ya sea sola o combinada.
 - ☐ Menos de un mes. Especifique por favor en días o semanas
Días: _____
Semanas: _____
 - ☐ Un mes
 - ☐ Dos meses
 - ☐ Tres meses
 - ☐ Cuatro meses
 - ☐ Cinco meses
 - ☐ Seis meses
 - ☐ Siete meses
 - ☐ Ocho meses
 - ☐ Nueve meses
 - ☐ Diez meses
 - ☐ Once meses
 - ☐ Un año
 - ☐ Más de un año: Para este caso especifique por favor: 1 año y _____ meses
 - ☐ Dos años
 - ☐ Más de dos años: Para este caso especifique por favor: 2 años y _____ meses
 - ☐ Tres años
 - ☐ Más de tres años: Para este caso especifique por favor: 3 años y _____ meses
 - ☐ Cuatro años
 - ☐ Más de cuatro años: Para este caso especifique por favor: 4 años y _____ meses
3. ¿Cuánto tiempo le dio usted SOLO lactancia materna? Es decir, indíquenos por favor cuanto tiempo (días, semanas o meses) que su hijo/a se alimentó solamente con leche materna.
4. ¿Cuándo introdujo usted por primera vez un alimento diferente a la leche (zumos, galletas, cereales...)?

<input type="checkbox"/> Antes del primer mes	<input type="checkbox"/> A partir del cuarto mes
<input type="checkbox"/> A partir del primer mes	<input type="checkbox"/> A partir del quinto mes
<input type="checkbox"/> A partir del segundo mes	<input type="checkbox"/> A partir del sexto mes
<input type="checkbox"/> A partir del tercer mes	<input type="checkbox"/> No lo recuerdo
5. Su hijo/a nació
 - ☐ Por parto natural
 - ☐ Por cesárea
6. Indique por favor si lo recuerda, el peso de su hijo/a al nacer:
7. Su hijo/a nació:
 - ☐ A término (es decir, entre la semana 37 y 42)
 - ☐ Prematuramente (antes de la semana 37)

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!