

# ¿PIENSAS QUE TU BEBÉ SUFRE DE ESTREÑIMIENTO?

Realiza este test y  
compártelo con el pediatra



NOMBRE  
DEL PACIENTE

EDAD

Para niños menores de 4 años, marque haciendo click cuáles  
criterios cumple su hijo (puede seleccionar más de uno):

**1**  
2 o menos  
evacuaciones  
por semana

**2**  
Historia de  
retención  
fecal excesiva.

**3**  
Historia de  
evacuaciones  
dolorosas  
o duras.

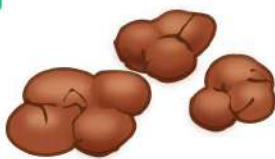
**4**  
Historia de  
heces de  
gran tamaño  
(heces de gran diámetro).

**5**  
Presencia de  
masa fecal  
en el recto.

## ESCALA DE BITSS

Marque haciendo click que tipo de heces presenta su hijo (selección única):

TIPO 1



Heces en forma de  
bolas duras y  
separadas que  
pasan con dificultad.

TIPO 3



Trozos blandos y  
esponjosos, con  
bordes irregulares y  
consistencia pastosa.

TIPO 2



Heces en forma de  
salchicha o serpiente,  
lisa y suave

TIPO 4



Acuosa, sin trazos,  
totalmente líquida

El bebé/niño presenta estos síntomas desde: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nestlé  
**Mom & me**  
COMIENZO SANO. VIDA SANA