Nutrición de WIC/ Evaluación de Salud – Niño

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Por favor complete las siguientes preguntas para ayudar al personal de WIC a comprender mejor las necesidades de su niño(a).

1. ¿Cuál de los siguientes alimentos/bebidas usualmente come o bebe su niño(a)?

Panes & Granos:
☐ Pan ☐ Fideos ☐ Arroz
☐ Panecillos ☐ Pasta ☐ Galletas
☐ Tortillas ☐ Cereal
Mi niño(a) también come: _____

Verduras & Frutas:
☐ Brócoli ☐ Papas ☐ Plátanos
☐ Ejotes ☐ Maíz / Chícharos ☐ Naranjas
☐ Tomates ☐ Manzanas ☐ Bayas
Mi niño(a) también come: _____

Carne & Proteínas:
☐ Carne de res ☐ Carnes frías ☐ Salchicha
☐ Pollo ☐ Tofu ☐ Crema de maní
☐ Pescado ☐ Frijoles ☐ Carne de cerdo
Mi niño(a) también come: _____

Leche y Otros Productos Lácteos:
☐ Leche materna ☐ Leche sin lactosa ☐ Queso
☐ Leche de vaca ☐ Leche de soya ☐ Yogurt
☐ Formula: _____
Mi niño(a) también come & bebe: _____

Otras Bebidas:
☐ Refresco ☐ Té dulce ☐ Té sin azúcar
☐ Jugo ☐ Kool-Aid ☐ Bebida energética
Mi niño(a) también bebe: _____

Otras Comidas:
☐ Donas ☐ Mantequilla/margarina ☐ Salsa
☐ Pastel ☐ Papas Fritas ☐ Galletas
Mi niño(a) también come: _____

2. ¿Come su niño(a) alguno de los siguientes?
   - ☐ Carne, pescado, pollo, o huevo crudo o poco cocido
   - ☐ Brotes crudos como alfalfa o brotes de soja
   - ☐ Carnes frías, salchichas, carnes procesadas
   - ☐ Quesos blandos como Brie, Feta, Queso Fresco
   - ☐ Jugo o leche cruda o no pasteurizada
   - ☐ Mi hijo(a) no come ninguno de estos alimentos
3. ¿Come su niño(a) alguno de los siguientes?
   - ☐ Palomitas de maíz ☐ Dulces duros, redondos
   - ☐ Uvas enteras ☐ Nueces o semillas
   - ☐ Salchichas enteras ☐ Bombones (Malvaviscos)
   - ☐ Crema de maní ☐ Mi hijo(a) no come estos
4. ¿Bebe su niño(a) agua? ☐ Sí ☐ No
   ¿El agua tiene fluoruro? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
5. ¿Usa su niño(a) un biberón? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Su niño(a) toma biberón en la cama por la noche o carga un biberón o vasito entrenador con él/ella durante el día? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Su niño(a) visita a un dentista regularmente?
   ☐ Sí ☐ No
8. ¿Come o se le antojan a su niño(a) artículos no alimenticios como el barro, restos de pintura, tierra o hielo? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Su hijo/a toma vitaminas o minerales diariamente?
   ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, ¿Las toma según las instrucciones?
   ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
   ¿Su hijo/a toma un suplemento con vitamina D?
   ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
   ¿Su hijo/a toma suplementos herbales o botánicos?
   ☐ Sí ☐ No
10. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Ha ingresado su niño(a) al sistema de cuidado de crianza en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
    ¿Ha cambiado su niño(a) de hogar de crianza en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Su niño(a) visita a un médico para chequeos de rutina? ☐ Sí ☐ No
13. Enumere cualquier problema de salud que su niño(a) tenga:
    _____
    _____
14. ¿Han sido diagnosticados estos problemas por el médico de su niño(a)? ☐ Sí ☐ No
15. Si pudiera desear un hábito saludable para su niño(a) en los próximos seis meses, ¿cuál sería?
    _____

Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- Tell me about your child's eating. *(Assess eating behaviors, self-feeding, uses a cup/weaned from bottle, planned meals/snacks and only water between)*

- What are your mealtimes like? *(Assess family meals, is mealtime enjoyable, environment at table [no TV/phones/tablets, comfortable/secure seating for child], developmentally appropriate foods)*

- What concerns do you have about your child's health? Activity level? Growth?

- How do you care for your child's teeth and gums?

- What has been helpful at this visit?

Hoja de Trabajo del Personal